

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° 124

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MARCEL BARRET

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 29 Décembre 1895 à Eymoutiers (Haute-Vienne)

Quelques Points cliniques et thérapeutiques
de la Grossesse extra-utérine

Président de thèse : Professeur SÉBILEAU

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1927



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0085

DU MÊME AUTEUR :

A propos de deux cas de tuberculose crânienne (en collaboration avec Étienne Sorrel et Gilbert Maziol), Bull. Soc. Anat., juillet 1923.

Un cas complexe d'absence partielle du cubitus (Revue d'orthopédie, tome XII, n° 4, juillet 1925).

Néphrectomie pour rupture complète du rein droit. (Extrait des Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale, n° 1, 1926).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MARCEL BARRET

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 29 Décembre 1895 à Eymoutiers (Haute-Vienne)

Quelques Points cliniques et thérapeutiques de la Grossesse extra-utérine

Président de thèse : Professeur SÉBILEAU

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

I. — PROFESSEURS.

Le Doyen..... M. ROGER.

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale.
 AGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale
 CHAMPY..... Histologie. .
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG..... Anatomie pathologique
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ECALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER .. Pathologie médicale
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expérimentale.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ Henri . Chimie biologique.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 LE LORIER..... Obstétrique.
 LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie
 LEVY-SOLAL .. Obstétrique.
 LHERMITTE ... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale
 MOURE..... Pathologie chirurgicale
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 RIBIERRE..... Pathologie médicale.
 RICHT Fils .. Physiologie.
 TANON..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET. ... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT ... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERER Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

AUVRAY Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale
LEREBoullet Clinique médicale in-
fantile.
LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.

OMBREDANNE . Clinique chirurgicale
infantile.
PROUST Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN Clinique ophtalmo-
logique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Pierre SÉBILEAU

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé MONDOR

Chirurgien des hôpitaux de Paris

qui a inspiré ce travail.

A MON MAITRE

M. le Docteur MÉTIVET

Chirurgien des hôpitaux de Paris

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE

- 1914 M. le Professeur Albert ROBIN.
1918 M. le Professeur QUENU.
1919 M. le Docteur GANDY.

EXTERNAT

- 1920-1921 M. le Docteur MILIAN.
M. le Professeur agrégé LENORMANT.
1921-1922 M. le Docteur COURTOIS-SUFFIT.
M. le Professeur agrégé DÉMELIN.

INTERNAT PROVISOIRE (Médecine)

- 1922-1923 M. le Docteur TIXIER.

INTERNAT (Chirurgie)

- 1923-1924 M. le Docteur SORREL (Berck-sur-Mer).
M. le Docteur BAUMGARTNER.
1924-1925 M. le Docteur VEAU.
M. le Docteur ROBINEAU.
1925-1926 M. le Docteur RICHE.
M. le Professeur agrégé METZGER.
1926-1927 M. le Docteur LAPOINTE.
M. le Professeur SÉBILEAU.

A MM. J.-C. BLOCH, COUTELA, HOVELACQUE,
GOUVERNEUR, MARTIN, MOURE, SAUVÉ

A MM. TURQUETY, ANDRIEU, MOZER

A MES PARENTS ET A MES AMIS.

A LA MÉMOIRE
DE MON CAMARADE D'INTERNAT

Gilbert MAZIOL.

PLAN

I. PRÉAMBULE

II. INTRODUCTION

III. GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE EN ÉVOLUTION AU DÉBUT

Le diagnostic est-il possible ?

Le diagnostic est possible,

Pourquoi n'est-il pas fait ?

SYMPTOMATOLOGIE.

Douleur.

Arrêt des règles.

Metrorragies.

S. physiques.

DIAGNOSTIC.

Grossesse normale.

Annexite.

Ovaire douloureux.

IV HÉMATOSALPINX

SYMPTOMATOLOGIE.

Types de malades.

— douleurs.

coliques.

— irradiations, troubles réflexes.

— troubles de voisinage.

— pertes de sang.

— troubles menstruels. Pertes métrorragiques.

Examen physique.

Signes généraux.

DIAGNOSTIC.

A. — Grossesse utérine simple.

Grossesse dans un utérus normal.

Grossesse dans un utérus en position anormale

Grossesse dans un utérus bicorne ou dans une corne rudimentaire.

Grossesse angulaire.

B. — Utérus gravide + masse annexielle
ou utérus normal + masse annexielle :

Rétention muqueuse ou sanguine dans une trompe.

Kyste de l'ovaire.

Fibrome.

Salpingite.

V. INONDATION PÉRITONÉALE

FORMES CLINIQUES.

Forme péritonitique.

- appendiculaire.
- à irradiations douloureuses.
- occlusive.
- abortive.

SYMPTOMATOLOGIE.

Début.

Retard des règles.

Signes d'hémorragie.

Pouls.

État syncopal, pâleur.

Douleurs.

Signes physiques : cri du Douglas.

écoulement de sang vaginal.

expulsion de caduque.

Signe de l'ombilic.

DIAGNOSTIC :

Appendicite.

Syndromes abdominaux.

Syndromes pelviens.

Est-ce une *hémorragie intrapéritonéale* ?

rupture de kyste.

hématique de l'ovaire.

Est-ce un *avortement* ?

ÉVOLUTION DE L'INONDATION PÉRITONÉALE

Les facteurs de gravité

Est-il possible de faire la part de ces différents facteurs : par l'étude de la *tension artérielle* et de la *formule sanguine*.

VI. HÉMATOCÈLE PROPREMENT DITE

3 types différents.

Signes communs : crises.
état syncopal.
température.
subictère.
urobiline.
ponction du Douglas.

a) FORME PÉRITUBAIRE (forme salpingienne).

Diagnostic : salpingite.
petit fibrome.
petit kyste de l'ovaire

b) FORME ENKYSTÉE OU EN VOIE D'ENKYSTEMENT.

LES GROS HÉMATOMES.

Rareté de la forme classique.

Gros hématome rétro-utérin.
anté-utérin.
latéro-utérin.

Diagnostic : *rétroversion*.
Pyosalpinx.
Périsalpingite.
Pelvipéritonite.
Salpingite tuberculeuse.

FORME A POUSSÉES SUCCESSIVES.

Diagnostic ; Fibrome.

Kyste de l'ovaire.

Pyosalpinx.

Tumeur abdominale.

Kyste végétant.

ÉVOLUTION DES GROSSES COLLECTIONS :

Formes suppurées.

Hémorragies.

VII. UNE FORME ANATOMOPATHOLOGIQUE
PEU CONNUE DE LA GROSSESSE
EXTRA-UTÉRINE

VIII TRAITEMENT

Généralités.

IX. INDICATIONS OPÉRATOIRES
TRAITEMENT DE L'INONDATION
PÉRITONÉALE

Les abstentionnistes.

Les temporisateurs.

Critique de l'abstention et de la temporisation.

Existe-t-il des cas susceptibles de temporisation ?

Anesthésie : éther.

chloroforme.

rachianesthésie.

Laparotomie : Trédelenburg.

Ouverture du péritoine.

Salpingectomie.

Ou castration unilatérale.

Grossesses bilatérales.

Faut-il laisser le sang dans le péritoine ?

Inconvénients : infection, péritonite, occlusion.

Hématomes résiduels du Douglas.

Accidents urémiques.

Toilette du péritoine.

Appendicectomy.

Drainage.

Soins post-opératoires.

X. TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA UTÉRINE NON ROMPUE ET DE L'HEMATOSALPINX

A quel moment intervenir.

Anesthésie.

Laparotomie : Trédelenburg.

Salpingostomie.

Salpingectomie.

Castration.

Grossesse bilatérale.

Appendicectomy.

Drainage.

Soins post opératoires.

XI. TRAITEMENT DE L'HEMATOCELE PROPREMENT DITE

PETIT HÉMATOME PÉRITUBAIRE.

HEMATOCÈLE ENKYSTÉE OU EN VOIE D'ENKYSTEMENT.

A quel moment intervenir.

Intervention.

Colpotomie.

Laparotomie.

Hystérectomie.

Castration unilatérale.

Grossesses bilatérales.

Appendicectomie.

Drainage en cas de castration.

en cas d'hystérectomie.

HÉMATOCÈLE SUPPURÉE.

Colpotomie.

Drainage.

XII. RÉSULTATS

XIII. LES AVANTAGES DES MÉTHODES CONSERVATRICES

XIV. HÉMATOLOGIE

PHASE DE SPOLIATION SANGUINE.

PHASE DE RÉNOVATION SANGUINE.

XV. CONCLUSIONS

I. PRÉAMBULE

En 1895, Cestan écrivait, parlant de la grossesse extra utérine : « C'est une question bien vieille déjà, car elle a près d'un demi-siècle, bien jeune cependant puisque les travaux de ces dernières années lui ont redonné à tous égards une physionomie nouvelle ».

Depuis cette époque la question de la grossesse extra-utérine a été souvent à l'ordre du jour. Elle a été l'objet de travaux innombrables. Malgré cela il semble qu'elle soit toujours d'actualité tant par les difficultés de son diagnostic que par la variété de ses formes cliniques.

En abordant ce sujet, nous ne prétendons pas faire œuvre originale. Nous l'avons entrepris parce qu'il nous avait été familier au cours de notre internat dans les hôpitaux de Paris.

En mettant à profit cette expérience personnelle et les conseils de quelques-uns de nos maîtres, nous nous sommes attaché à dégager quelques données de diagnostic et de traitement. Les erreurs que nous avons vu commettre, les embûches qui peuvent se présenter le plus communément pour le clinicien non averti, voilà le gros problème, celui que nous chercherons à résoudre. Telle est donc la pensée qui nous a guidé en écrivant ces lignes. Il ne s'agit point ici d'une étude complète de la grossesse extra-uterine. Une mise au point de quelques diagnostics, des indications opératoires et du traitement : ainsi faut-il envisager ce modeste travail.

II. INTRODUCTION

En traitant de la grossesse extra-utérine, nous avons en vue de faire un travail chirurgical. Nombre de grossesses ectopiques évoluant normalement dans les premiers mois ou interrompues, sont soignées dans les services de chirurgie. Aussi à dessein, laisserons-nous de côté la partie obstétricale de la question, c'est-à-dire la grossesse extra-utérine poussant son évolution jusqu'à terme.

Nous nous attacherons essentiellement à l'étude de la grossesse tubaire en nous rappelant cette formule de Jeannin : « cliniquement, le mot extra-utérine peut, sans inconvénient, être confondu avec le terme de grossesse tubaire ».

III. GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

EN ÉVOLUTION AU DÉBUT

Si nous en croyons les auteurs classiques le diagnostic de la grossesse extra-utérine au début est sinon facile, du moins très possible. Il s'agit de femmes qui présentent un état de grossesse sur lequel se greffent des troubles divers en particulier les douleurs et les metrorragies.

Malgré cela, on est un peu surpris, car des chirurgiens de carrière nous disent que jamais à l'intervention (même dans les cas où le diagnostic avait été porté avec un maximum de certitude) ils n'ont trouvé de grossesses habitées en évolution, c'est-à-dire de grossesses ectopiques non interrompues ou non compliquées.

Il y a là quelque chose de paradoxal et de troublant.

Le diagnostic est-il possible ? — Dans certains cas, le diagnostic n'est pas possible.

Il existe un certain nombre de grossesses extra-utérines silencieuses, évoluant à bas bruit, et se révélant par une complication, telle que l'inondation péritonéale (nombreux sont les cas de ce genre).

Le diagnostic est possible. Pourquoi n'est-il pas fait ?
— Dans d'autres cas, le diagnostic serait possible. Il n'est pas fait pour plusieurs raisons :

1^o Les femmes ne consultent pas pour des petits troubles qu'elles jugent légers.

2^o C'est souvent au début qu'on est appelé à faire le diagnostic, dans les toutes premières semaines et à cette période initiale la grossesse ne donne que des signes de présomption.

3^o D'ailleurs dans ces formes extra-utérines, les signes de grossesse sont souvent incertains. Il ne serait peut-être pas excessif de dire *que c'est une grossesse ectopique et dans ses symptômes et dans son siège.*

A) SYMPTOMATOLOGIE. — Et cependant, quelques signes ont de la valeur, mais il faut savoir les interpréter. Lorsque ces femmes font des complications, l'interrogatoire permet de découvrir des symptômes rétrospectifs qui auraient pu attirer l'attention.

Douleur : Parmi ces signes l'un d'eux, le seul peut-être, est important : c'est la *douleur*.

Les classiques en affirmant que la grossesse extra-utérine était douloureuse avaient vu juste.

Cette douleur est d'ailleurs assez spéciale. Ce n'est pas la douleur diffuse de tout le petit bassin mais plutôt une douleur localisée dans un des côtés du bas ventre qui fait dire à la femme « Je sens mon côté ». Cette douleur est d'ailleurs passagère, plus vive à certains moments, non influencée par le repos, réveillant brusquement la malade au cours de son sommeil, puis la laissant tranquille pendant des heures. Il faut noter encore une lassitude, une fatigue générale. Et tout se borne là.

Arrêt des règles : L'arrêt des règles est, certes, un

facteur important mais il ne prend de la valeur qu'au bout de plusieurs semaines. En effet qu'est-ce qu'un retard de 8 à 10 jours pour certaines femmes mal réglées?

Métrorragies : Quant aux métrorragies que l'on donne comme un signe classique de la grossesse extra-utérine, nous croyons qu'elles font défaut très souvent ou qu'elles sont exceptionnelles. Les pertes sepia sont, à notre avis, plutôt l'indice d'une complication ou d'un arrêt (soit hématosalpinx soit hématocele).

Signes physiques : Les signes physiques ne trancheront pas toujours la difficulté. Les modifications du col et du corps utérins ne seront appréciables qu'à partir de quelques semaines et ce sont encore là des signes bien infidèles et bien variables d'une malade à l'autre. Cependant la présence d'une petite masse dans un cul-de-sac, le « quelque chose » de Lejars attireront l'attention. Mais ce quelque chose est flou, imprécis. Les sensations sont vagues.

Sur ces seuls signes portera-t-on le diagnostic de grossesse extra-utérine ?

B) DIAGNOSTIC. — L'esprit s'oriente suivant la prédominance de tel symptôme.

1. *Grossesse normale*. L'arrêt des règles fera sans doute penser à une grossesse, mais une petite masse juxta-utérine si peu nette au toucher ne saurait faire songer à une nidation ectopique de l'œuf. Pourquoi ne s'agirait-il pas simplement d'un début de grossesse normale ?

2. *Annexite, ovaire douloureux*. Et même si l'on envisage la grossesse bien qu'il n'existe que des

signes de présomption: pourquoi dès lors ne pas admettre que cette petite masse juxta-utérine est le fait d'une annexite ancienne ou même d'un ovaire douloureux. *Cependant, fait important, cette femme ne souffre que depuis son retard de règles. Au contraire s'il s'agissait d'une affection salpingienne éloignée, l'apparition de ses douleurs n'aurait aucun rapport avec une irrégularité menstruelle.*

Il ne faut donc plus s'étonner que le diagnostic soit posé si rarement à ce stade du début. Il ne peut s'agir que d'un diagnostic d'impression, « de flair ». La notion d'une grossesse extra-utérine antérieure peut néanmoins y faire songer.

A une époque plus avancée, les mêmes problèmes se poseront qu'avec l'hématosalpinx.

Le problème est angoissant pour le chirurgien. S'il n'opère pas, des accidents graves peuvent survenir. S'il opère et se trouve en présence d'un utérus gravide, un avortement peut-être la conséquence d'une laparotomie.

A notre avis, les *symptômes vraiment révélateurs* seront *avant tout* donnés par une complication telle que la *mort de l'œuf* ou l'*interruption de la grossesse*. C'est pourquoi nous rencontrons presque toujours en clinique les formes d'hématosalpinx, d'inondation péritonéale, d'hématocèle.

IV. HÉMATOSALPINX

En général la grossesse extra-utérine se complique et très précocement. D'après Couvelaire « la durée de l'œuf est éphémère dans la majorité des cas, il meurt quelques jours ou quelques heures après sa conception par apoplexie précoce ».

Cette interruption de la grossesse peut aboutir à l'hématosalpinx. Cette mort de l'œuf ne passe point inaperçue. Il est bien rare qu'elle ne s'accompagne de petits troubles révélateurs. La brusque distension de la trompe détermine des phénomènes douloureux sous forme de crise. Pour certains on observerait alors un écoulement de sang par le vagin et une expulsion de caduque utérine. Ces petits accidents surviennent ordinairement au moment des époques menstruelles.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'hématosalpinx ne se présente pas d'une manière toujours semblable. Et ce sont des types divers de malades que nous devons décrire.

1^o *Douleurs*. — Telle femme viendra consulter parce qu'elle souffre. La douleur revêt les mêmes caractères qu'au stade précédent, mais elle est beaucoup plus vive. C'est une sensation diffuse dans tout le

petit bassin avec prédominance unilatérale. De temps à autre survient une petite crise qui immobilise la malade, lui rendant la marche impossible ou l'empêchant de se coucher sur un côté. Cette crise qui peut apparaître à toute heure du jour ou de la nuit cesse brusquement. Mais la femme reste inquiète, car elle redoute la répétition de ces phénomènes douloureux.

Le repos n'a d'ailleurs aucune influence, les crises sont aussi fréquentes et aussi aiguës.

2° *Coliques*. — Une autre malade éprouve une sensation de coliques et l'une de nos opérées nous disait qu'elle avait pensé à la possibilité d'une grossesse à cause de ces coliques qui lui rappelaient les douleurs du travail. Il « s'agit alors d'une véritable colique salpingienne ».

3° *Irradiations, troubles reflexes*. — Mais le tableau clinique peut encore être différent. Et ce sont les douleurs à distance, lombaires ou périnéales qui dominent la scène. Ou bien ce sont des troubles voisins de compression, des troubles reflexes : mictions douloureuses, dysurie, pollakiurie.

4° *Troubles de voisinage*. — Dans d'autres cas des troubles intestinaux (constipation, diarrhée avec ténésme) sont prédominants.

Ainsi donc peuvent se présenter des malades. La plupart du temps ce sont ces symptômes douloureux qui leur donneront l'alarme. Elles devront être l'objet d'un examen très sérieux surtout si elles sont âgées de 30 ou 40 ans. On sera amené à les interroger plus à fond et on découvrira quelques autres signes auxquels

elles n'avaient attaché aucune importance : les pertes de sang.

5° *Pertes de sang, troubles menstruels.* — Quelquefois cependant, ces femmes viendront d'elles-mêmes demander conseil, surprises de ne pas avoir leurs règles à la date attendue. Mais très souvent l'histoire de ces malades est la suivante : Mes règles sont apparues avec un léger retard, disent-elles, et depuis je continue à perdre continuellement. En faisant bien préciser, on s'aperçoit que ce ne sont pas les règles. Ce sont des petites pertes métrorragiques rosées ou noirâtres, épaisses et glaireuses, peu abondantes, si peu abondantes qu'elles sont à peine remarquées par la malade. Quelquefois même il n'y a aucun retard, les pertes sepiæ sont survenues à la date régulière.

On voit donc les difficultés que peut rencontrer le chirurgien à persuader ces femmes qu'elles ont un retard de plusieurs semaines malgré ce petit écoulement sanguinolent. On ne devra jamais laisser repartir ces malades sans avoir pratiqué un examen vaginal.

6° *Examen physique.* — L'examen du col ne donnera pas toujours de renseignements bien affirmatifs.

a) *Col utérin* : Il est classique de dire que le col est un peu ramolli, qu'il est gros et entrouvert, en réalité les signes de ramollissement sont très discrets. Nous savons que ces modifications ne sont pas toujours la règle au cours de la grossesse normale, à plus forte raison au cours d'une grossesse ectopique. Nous avons trouvé un cas de notre maître Metzger où le col

était ramolli, largement perméable jusqu'à l'orifice interne.

b) Corps utérin interne. — Le corps lui-même était augmenté de volume comme pour une grossesse normale. Mais ces cas sont l'exception. Habituellement l'augmentation de volume est peu nette. Un utérus assez gros et ramolli nous conduirait plutôt au diagnostic de grossesse utérine.

c) Cul de sac. — Par contre l'examen des culs-de-sac donnera de meilleures indications.

D'un côté on percevra une petite masse de la grosseur d'une noix ou d'une mandarine, très souvent collée à l'utérus ou bien un peu indépendante. Elle est unilatérale pouvant empiéter sur le Douglas. Mais, fait important, cette masse est douloureuse au toucher. Ce n'est donc plus le « quelque chose » du début. C'est une petite « tumeur » *qui peut augmenter de volume entre des examens successifs, malgré la glace, malgré le repos et sans aucune réaction fébrile.*

7° Signes généraux. — Trouverons-nous d'autres signes capables de nous guider dans le problème. Existe-t-il des symptômes communs à la grossesse tubaire ? Les vomissements, les modifications des seins, la présence de colostrum et les autres signes sympathiques peuvent s'observer, mais c'est assez rare. Quand les signes de grossesse sont très nets, on pense plutôt à une grossesse normale. Ce sont les petits troubles que nous avons décrits qui évoquent l'idée d'une grossesse ectopique. Les vertiges, d'après Doléris seraient fréquents mais nous

attachons une valeur plus grande à la lassitude, à la fatigue générale qu'éprouvent ces malades.

Une pareille description n'est pas celle d'un tableau clinique bien précis, surtout s'il y a prédominance de tel ou tel signe. Les métrorragies sont ici le symptôme dominant, là par contre la présence d'une petite masse attire surtout l'attention. Parfois, les métrorragies font défaut. Un retard des règles fait sans doute penser à la possibilité d'une grossesse, mais ce quelque chose qu'on perçoit dans un cul-de-sac fait hésiter entre grossesse utérine et grossesse ectopique. En réalité c'est autour de ce diagnostic que gravite tout le problème à cette phase d'hématosalpinx.

DIAGNOSTIC

A) GROSSESSE UTÉRINE SIMPLE

1^o *Grossesse dans un utérus normal.* — La grossesse utérine normale peut simuler fréquemment une grossesse extra-utérine. Un exemple :

Femme G..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Tenon avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. Retard de 2 mois. Douleurs dans le bas ventre. Pertes sépia. Tendance syncope. Col ramolli. Corps peu augmenté de volume. Petite masse dans le cul-de-sac droit, décelée à plusieurs examens. Mise en observation pendant 8 jours on pense à un hématosalpinx.

Intervention 9 avril 1925 (Barret). Ether.

Laparotomie. Utérus gravide. Rien d'annexiel. Appendicectomie. *La grossesse n'a pas été interrompue.*

Cette erreur que nous avons commise s'explique par le ramollissement de l'utérus. Certains utérus présentent des bandes, des plages de ramollissement. Et les sensations que donne le toucher sont trompeuses. Elles le sont bien plus encore si l'utérus est dévié, qu'il s'agisse d'autéversion, de rétroversion et surtout de latéroversion.

2^o *Grossesse dans un utérus en position anormale.* — Ce sont des cas où « le corps utérin joue sur le col ». Dans un utérus gravide le ramollissement peut ne porter que sur le segment inférieur. Le corps qui n'est pas atteint par ce ramollissement ou qui présente une hypertrophie supra-vaginale, paraît indépendant de l'utérus et peut laisser croire à une masse juxta-utérine.

Un exemple :

Femme B..., 39 ans. Douleurs abdominales sous forme de crises. Tendance syncopale sans pertes sanglantes. Retard de six semaines.

1^{er} examen : on perçoit une masse latéro-utérine gauche. La malade est mise en observation.

2^e examen : en Tredelenburg, 8 jours après, fait penser plutôt à une grossesse normale de 2 mois et demi.

Un nouvel examen pratiqué par le Dr Métivet et un autre médecin est en faveur d'une grossesse extra-utérine (masse paramédiane gauche, mobile sur le col, mais un peu plus ferme que précédemment).

Malgré la modification de consistance qui doit faire songer à une grossesse normale, l'indépendance apparente de la masse et du col est tellement grande qu'on pense à une grossesse ectopique.

Intervention (Métivet). Ether.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : utérus gravide. Fermeture. *Avortement au 15^e jour.*

Une observation typique de Lejars est rapportée dans la thèse de Bazalgette (observation XLIV). Un utérus gravide donnait la sensation d'une masse para-utérine. L'expectative fut conseillée et au 3^{eme} examen le diagnostic fut rectifié. Il s'agissait d'une latéro-version gauche de l'utérus.

Le diagnostic est d'autant plus difficile lorsqu'il s'agit de déviations que plusieurs symptômes : signes de grossesse, douleurs, phénomènes de compression sont communs à la grossesse ectopique et à la grossesse normale.

De semblables observations ont été rapportées par Segond et Routier. Douay et Rochat.

3^o *Grossesse dans une corne rudimentaire.* — Une sensation analogue peut encore être donnée par une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. Dans ces cas, où l'utérus est double, la partie qui n'est pas gravide peut conserver toute son indépendance et sa consistance normale.

Un exemple :

Femme G..., 24 ans, mariée depuis six semaines. Retard de 15 jours. Pas de douleurs. Examinée par MM. Métivet et Ecalles. A l'examen : utérus un peu augmenté de volume, légèrement ramolli au niveau de son corps et de son col, mais la moitié droite du fond frappe par sa consistance plus ferme et fait songer à l'existence d'une grossesse anormale.

Deux jours plus tard nous revoyons la malade avec le professeur Brindeau. A ce moment la consistance de l'utérus est uniforme. Nous pensons à une grossesse normale.

La grossesse a évolué jusqu'à terme. Après l'accouchement (révision utérine), l'explication de l'irrégularité du début a

été donnée par la constatation d'un utérus bicorne (Observation Métivet).

Des observations analogues ont été rapportées par Muret et Warin.

4^o *Grossesse angulaire.* — La grossesse angulaire elle-même est sujette à pareille méprise. La nidation de l'œuf dans une corne donne à l'utérus une forme particulière.

Voici une observation :

Femme P..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital l'enon le 15 janvier 1926 pour desdouleurs dans le bas ventre avec pertes de sang et de caillots. Elle a un retard de 2 mois et demi. Au toucher le col est un peu en arrière, légèrement entrouvert et ramolli. Le corps est augmenté de volume. Sur la corne gauche : masse du volume d'une orange se déplaçant avec l'utérus, faisant corps avec lui, molle, peu douloureuse. On pense alors à la possibilité d'une grossesse interstitielle.

Au bout de quelques jours nouvel examen : modifications de consistance de la masse qui est dure et se contracte. On rectifie le diagnostic et on pense plutôt à une grossesse angulaire. La femme est examinée par M. Metzger qui confirme ce diagnostic.

Ces variations de consistance d'un examen à l'autre sont en faveur d'une grossesse utérine. Jamais la grossesse extra-utérine ne donne des impressions analogues.

Ces grossesses angulaires au cours de leur évolution donnent quelques petits signes assez trompeurs : douleurs abdominales, petites pertes de sang avec expulsion de débris de caduque traduisant des tiraillements sur le placenta, car l'œuf a tendance à se remettre en place.

C'est principalement avec la grossesse interstitielle que se pose le diagnostic de grossesse angulaire. « Quelques millimètres séparent ces deux grossesses anormales possibles, mais entièrement différente est la scène clinique et si la grossesse angulaire se termine souvent par une fausse couche, du moins ne s'accompagne-t-elle jamais d'accidents graves hémorragiques dictant l'intervention » (L. Michon et R. Labry). Les accoucheurs connaissent bien ces grossesses angulaires. Le ramollissement isthmique ou signe d'Hégar n'est plus perceptible à son siège habituel. Le ramollissement se trouve à la base de la corne gravidé, formant une espèce de charnière expliquant cette mobilité relative de la corne sur le reste de l'utérus. C'est le signe d'Hégar supérieur. On a voulu donner un autre signe de différenciation : la situation du ligament rond par rapport à la masse. En arrière de la masse = grossesse angulaire; en avant d'elle = grossesse interstitielle.

La valeur de ces signes est très discutable. Comme dit Vaudescal, « ces signes n'ont de valeur qu'au point de vue anatomique à l'examen de la pièce enlevée au cours de l'intervention ». Cependant, ajoute-t-il, « si la tumeur est basculée en arrière dans le Douglas on pensera plutôt à une grossesse tubaire ».

La grossesse strictement utérine offre parfois de grandes difficultés de diagnostic. Que dire alors de ces cas où, à côté d'un utérus gravidé ou non, il existe réellement une masse juxta ou para-utérine.

B) UTÉRUS GRAVIDE + MASSE ANNEXIELLE
OU UTÉRUS NORMAL + MASSE ANNEXIELLE

1^o *Hydrosalpinx. Rétention muqueuse ou sanguine dans une trompe.*

Un exemple :

Femme Ch..., 22 ans. Retard de 15 jours. Douleurs abdominopelviennes localisées à droite. A l'examen l'utérus est un peu gros. Contre le bord droit on sent une tuméfaction peu douloureuse, floue dans ses limites, de consistance peu ferme. On pense à une grossesse extra-utérine. Il se produit alors une petite perte de sang noirâtre. Vue par M. Bouffe de Saint Blaise : maintenue en observation, évolution de grossesse normale (observation Métivet).

Il s'est agi dans ce cas d'une hémorragie peut être congestive se produisant dans la trompe et s'étant évacuée par l'ostium uterinum.

L'explication de pareils faits est la suivante : Il est probable que des rétentions muqueuses ou sanguines se produisent au niveau d'une ou des trompes au cours de la grossesse. Ces rétentions peuvent s'évacuer en dehors des contractions utérines, de sorte qu'une masse latérale perçue à un premier examen peut faire défaut par la suite surtout si l'utérus n'est pas à sa place normale.

2^o *Kyste de l'ovaire.* — Le kyste de l'ovaire coexistant avec la grossesse est certes un diagnostic très difficile et assez fréquent.

Femme B..., 25 ans. Deux enfants. Entre à l'hôpital Tenon pour des douleurs dans le bas ventre localisées surtout à

gauche. Douleurs unilatérales spontanées, assez vives au point de réveiller la malade la nuit. Marche difficile et pénible. Retard de règles de deux mois et demi. Toucher : corps utérin un peu augmenté de volume, col légèrement ramolli. Cul-de-sac gauche : masse très *mobile* du volume d'une mandarine, dure et douloureuse. Seins : lait (mais depuis sa dernière grossesse). Se croyant enceinte, elle a fait des tentatives d'avortement qui ont échoué.

On fait le diagnostic d'hématosalpinx. Examinée à plusieurs reprises, on perçoit toujours la masse juxta-utérine gauche, mais l'utérus donne des sensations différentes, il paraît plus volumineux.

Intervention le 3 janvier 1926 (Barret). Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale : utérus gravide de 2 mois et demi. A gauche petit kyste de l'ovaire. Extirpation. Appendicectomie. Suites normales : *la grossesse n'a pas été interrompue.*

Les impressions différentes à des examens successifs auraient dû nous faire penser à la possibilité d'un utérus gravide.

Un cas analogue s'est présenté à nous.

Femme L..., 24 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 25 mai avec le diagnostic de *grossesse extra-utérine*. Retard de trois mois. Douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Vomissements aqueux et alimentaires. Pas de syncope.

Toucher : col un peu ramolli, corps assez *augmenté* de volume. Cul-de-sac latéral gauche : masse de la grosseur du poing, extrêmement mobile, se déplaçant même en avant de l'utérus. Seins : colostrum.

On fait le diagnostic de grossesse avec kyste de l'ovaire. Intervention le 28 mai 1926 (Lapointe, Barret). Ether.

Laparotomie médiane : utérus gravide de trois mois. Kyste de l'ovaire gauche. Annexectomie gauche. Suites normales : *la grossesse n'a pas été interrompue.*

Le kyste de l'ovaire seul peut d'ailleurs, s'accompa-

ner de troubles menstruels et faire croire à un hématosalpinx.

3° *Fibrome*. — Une autre affection prête également à confusion : c'est le fibrome. En particulier, un tout petit fibrome appendu au corps utérin pédiculé ou non. Comme dit Delbet, « les fibromes peuvent tout simuler » surtout les petits fibromes sous-péritonéaux plus ou moins pédiculés.

Femme X..., 48 ans, présente un retard de règles de deux mois et demi. Utérus mobile, sans modification d'aucune sorte. Dans le cul-de-sac gauche petite masse para-utérine se déplaçant avec l'utérus. On pense à un hématosalpinx. Intervention (Lapointe, Barret). Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale : petit fibrome siégeant sur la face antéro-latérale gauche de l'utérus (du volume d'une noix) Excision. Suites normales.

Cet exemple montre la difficulté d'interpréter certains symptômes tel le retard de règles.

4° *Salpingite*. — On pensera dans certains cas à une salpingite. Mais la masse est trop insignifiante ou trop mobile pour qu'on ne rejette pas vite le diagnostic.

On serait plus en droit de croire à un reliquat d'annexite ancienne comme dans la forme précédente.

Pour terminer ce chapitre nous pensons que la *grosesse utérine* reste au premier plan des difficultés surtout si elle n'est pas tout à fait normale ou si elle se complique d'affection concomitante comme nous venons de le voir.

V. INONDATION PÉRITONÉALE

La grossesse extra-utérine au stade initial est malaisée à déceler. Serons-nous dans de meilleures conditions au cours des accidents qui viennent si souvent l'interrompre ou la compliquer ?

L'inondation péritonéale est d'un diagnostic facile. Mais la prédominance d'un symptôme peut donner lieu à des erreurs nombreuses.

FORMES CLINIQUES

Nous avons ainsi rencontré quelques formes particulières :

1^o *Forme appendiculaire.* —

Femme Gar..., 41 ans, mère de 2 enfants, entre à l'hôpital Tenon le 14 mai 1925 pour des *coliques hépatiques*. Elle a été soignée déjà il y a 2 mois pour des douleurs semblables dans la région sous-hépatique et la région épigastrique.

L'avant-veille elle a été prise d'une douleur très vive dans tout le ventre, particulièrement dans la région sous-hépatique et dans la *fosse iliaque droite*. Elle présente à son entrée un abdomen très douloureux, un peu contracturé dans la *région appendiculaire*. Mais nous sommes frappés par la pâleur du visage, la décoloration des muqueuses, le refroidissement des extrémités. La température est normale, le *pouls bat à 70*. En l'interrogeant nous apprenons qu'elle a eu un retard de règles de deux mois avec pertes sepiâ. Elle a eu quelques syncopes. Le toucher est extrêmement douloureux. Le cri

du Douglas est très net. Le doigt ramène du sang noirâtre. Nous faisons le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Intervention immédiate (Barret). Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang dans le péritoine. Rupture ampullaire de la trompe droite. Annexectomie droite. Fermeture sans drainage. Sort guérie le 18^e jour.

Voilà donc un exemple où la contracture et la prédominance de la douleur à droite auraient pu faire croire à une appendicite.

2^o *Forme péritonitique.* —

Femme B..., 28 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 20 juillet 1926. A été prise brusquement de douleurs très violentes dans la région *épigastrique et thoracique et scapulaire*. Le ventre est très douloureux, un peu ballonné. Rien n'attire l'attention vers le petit bassin. Cependant elle présente une pâleur cireuse. Pouls : 110 ; température : 36,9. Plusieurs syncopes. L'interrogation révèle un retard de règles de 10 jours.

Au toucher, douleur plus vive dans le cul-de-sac gauche. Cri du Douglas. Le doigt ramène du sang noirâtre. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

Intervention (Barret). Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale : abdomen rempli de sang. Rupture ampullaire de la trompe gauche. Annexectomie gauche. Sort guérie le 20^e jour.

Le siège de la douleur, sa localisation haute, auraient pu, à la rigueur, laisser supposer un début de péritonite ou de perforation gastro-duodénale, si nous nous en étions tenus à cet unique symptôme.

3^o *Forme à irradiations douloureuses.* —

Femme Tr... Germaine, 22 ans, entre à l'hôpital Saint-

Antoine le 2 mars 1926. Elle éprouve des douleurs généralisées à tout l'abdomen, mais particulièrement dans la région lombaire si bien qu'elle est envoyée avec le diagnostic de *coliques néphrétiques*. L'interrogatoire nous apprend qu'elle a eu un retard de règles de 10 jours, qu'elle a été prise d'une douleur abdominale soudaine et brutale. L'examen nous montre une femme très pâle, aux extrémités refroidies. Pouls 88. Température : 37. Au toucher : douleur vive dans le cul-de-sac droit, empâtement molasse à ce niveau. Le cri du Douglas n'est pas net. C'est le tableau typique de l'inondation.

Intervention (Barret). Rachistovaine. Flot de sang à l'ouverture du péritoine. Rupture ampullaire de la trompe. Annexectomie droite. Sort guérie le 15^e jour.

La femme dont nous avons rapporté l'observation précédemment avait été envoyée avec le diagnostic de coliques hépatiques.

Le chirurgien peut encore être appelé auprès d'un autre type de malade.

4^o *Forme occlusive*. — Une femme malade depuis 2 ou 3 jours, terrassée en pleine santé, offre le tableau d'une occlusion intestinale. Le ventre extrêmement douloureux est ballonné, présente du tympanisme, un peu de matité dans les flancs. Le syndrome se complique de vomissements verdâtres, d'arrêt des gaz et des matières. Mais l'interrogatoire révèle un retard de règles, cette occlusion s'accompagne de signes insolites : pâleur, syncopes et l'on est ainsi conduit à envisager la possibilité d'une grossesse extra-utérine rompue. (Descomps, Muret).

5^o *Forme abortive*. — Voici encore une autre histoire de malade :

Femme S..., 28 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 15 mai 1926. Elle dit avoir eu ses règles normales au mois d'avril sans retard, mais extrêmement abondantes. Elle aurait expulsé, dit-elle, un petit fœtus et elle continue à perdre depuis ce temps-là. Elle est soignée et mise en observation à la Maternité où on pense (devant pareille affirmation) à une rétention placentaire et on lui pose une laminaire. Appelé à voir cette malade nous sommes frappé par les signes d'hémorragie qui sont en disproportion avec les pertes de sang vaginales. L'utérus est petit, contracturé avec une masse molle et douloureuse à gauche.

Intervention (Barret). Ether. Laparotomie. Sang en abondance. Ablation des annexes gauches rompues sur toute leur longueur. Sort guérie le 15^e jour.

Ainsi donc on pourrait envisager des formes multiples de l'inondation péritonéale :

Une forme péritonitique.

— appendiculaire.

— à irradiations douloureuses.

— occlusive.

— abortive.

Est-ce que ces variétés cliniques correspondent bien à la réalité. Voyons plutôt quel est le tableau habituel de l'inondation péritonéale ?

SYMPTOMATOLOGIE

L'aspect clinique est trop connu pour nous retenir longuement. Quelques points cependant nous semblent à préciser.

Début : Le début peut être précoce, c'est-à-dire vers la 5^e ou la 6^e semaine. Assez souvent nous avons

observé un retard de 2 mois, 2 mois et demi. Mais il n'y a rien d'absolu et *le retard de règles peut faire totalement défaut.*

Parfois il existe des signes avant-coureurs. Certaines femmes se croient enceintes et l'inondation survient à la suite de tentatives d'avortement.

Mais fréquemment rien ne fait prévoir cet accident, surtout si la grossesse est peu avancée et les accidents dramatiques de l'hémopéritoine sont la première manifestation de la grossesse extra-utérine.

Une femme dont l'âge varie entre 20 et 40 ans, (une de nos opérées avait 44 ans), est prise d'une douleur très violente dans le bas ventre, à prédominance unilatérale, mais vite généralisée à tout l'abdomen.

En même temps, *elle devient très pâle, tombe en syncope. Le nez et les extrémités se refroidissent*, le pouls devient fréquent, filiforme et même imperceptible. La température reste normale. Il n'est pas rare d'observer des vomissements bilieux ou porracés.

Une respiration anxieuse, de la dyspnée, du hoquet, parachèvent le tableau clinique (Une malade de Lejars présentait des étouffements, dus sans doute, à une action réflexe).

Nous voudrions insister particulièrement sur certains symptômes :

Pouls : Le pouls est en général très rapide, parfois incomptable ou même imperceptible. Cependant, il faut savoir que certaines malades, malgré une hémor-

ragie très abondante, gardent un pouls bien frappé et normal. Chez une de nos opérées (obs. page 37) le pouls était à 70 et cependant l'épanchement intra-péritonéal de sang était abondant.

Metzger, dans une leçon du jeudi soir, à la clinique Tarnier, rapporte 3 observations où le pouls était à 60, 70, 72. Mirto a rapporté quelques cas de bradycardie, au cours d'inondation cataclysmique. Dans un cas, le pouls battait à 45.

« Ce pouls paradoxal, est un signe trompeur », suivant l'expression de Metzger.

L'état syncopal, la pâleur. — La pâleur ne fait jamais défaut, et la syncope est de règle.

Cet état syncopal va en augmentant, car, ordinairement, *les hémorragies se font en plusieurs temps avant d'aboutir au grand cataclysme final* » (Metzger).

Douleurs. — La douleur a des irradiations diverses et même paradoxales. Les irradiations lombaires et surtout épigastriques nous ont semblé les plus fréquentes.

Nous avons observé chez ces femmes qui ont du sang dans le ventre et quelle que soit la quantité épanchée une *douleur en barre, au niveau de l'épigastre, et quelquefois même au niveau du thorax*. Ces douleurs thoraciques, retrosternales et même scapulaires sont loin d'être rares.

Elles ont été considérées par certains comme la manifestation d'une hémorragie intra-péritonéale importante « ayant dépassé la sphère du petit bassin » (Laffont). Il faudrait même différencier la douleur

pelvienne primitive de la rupture avec la douleur tardive élevée, traduisant un épanchement sus-mésocolique et une excitation des rameaux sensibles du phrénique. Cette douleur tardive « se manifeste presque toujours après la douleur pelvienne. Elle peut apparaître dans les minutes qui suivent cette douleur pelvienne. Le plus souvent elle se manifeste dans les 2 ou 3 heures qui suivent sa rupture. Sa précocité est fonction de l'intensité de l'hémorragie ». « Elle est le cri d'alarme qui commande l'intervention immédiate » (Laffont).

Cette douleur à distance, épigastrique nous a paru extrêmement précoce dans quelques cas. La femme B., dont l'observation est rapportée page 38, n'avait ressenti aucune douleur dans le bas ventre et rien n'attirait l'attention du côté génital.

Avec ces seuls signes : signes d'hémorragie interne + retard de règles : le diagnostic est posé. L'examen physique est superflu. On le pratiquera tout de même.

Signes physiques. — L'abdomen est un peu ballonné, et présente de l'hyperesthésie. En général il n'est pas contracturé. (A deux reprises cependant, nous avons rencontré de la défense musculaire dans la région sous-ombilicale).

Le toucher est ordinairement très douloureux parfois, il ne donne aucun renseignement précis. Il est des cas où l'on perçoit une masse molle, dans un cul-de-sac, mais impossible à délimiter, en raison de la douleur. Mais, signe important, le doigt ramène du sang noirâtre qui s'écoule en petite abondance.

Même si le doigt ne perçoit rien, peu importe, le diagnostic n'en sera pas moins porté avec certitude, car le cri Douglas, d'après Proust, serait constant dans la rupture de grossesse ectopique.

« Il est un signe qui ne trompe pas et qui est capital parce qu'il est constant ; si vous faites le toucher vaginal, la palpation profonde du cul-de-sac de Douglas et surtout la palpation des culs-de-sac latéraux, vous ne trouverez pas de collection, car le sang liquide ne peut être perçu au doigt, mais vous déterminerez un réflexe de Douglas, une sensibilité exquise qui, même chez la femme en demi syncope, provoque une douleur intense qui la fait se plaindre ».

Il ne faut donc pas confondre ce réflexe du Douglas avec une douleur plus ou moins vive que serait capable de provoquer le toucher.

Mais cette douleur ne suffit pas à elle seule à caractériser ce signe. Il faut en outre que le cul-de-sac postérieur soit parfaitement libre et dépressible et que les muscles grands droits de l'abdomen, ne présentent aucune contracture (Proust, Belaiche).

Ce signe du Douglas, ainsi décrit par Proust, nous a paru manquer un certain nombre de fois, quoique les conditions de dépressibilité et d'absence de contracture fussent réalisées.

Nous ne lui accordons pas cette valeur absolue et constante que lui donne son auteur. Mais, quand il existe, son importance est capitale et sa recherche permet de différencier aisément une inondation péritonéale d'un simple avortement.

Écoulement de sang vaginal. — Les pertes vaginales de sang peuvent survenir immédiatement. Parfois elles font défaut. (Chez une malade suivie par nous, le diagnostic avait été écartée par le médecin sur cette absence de pertes).

Cet écoulement peut survenir le lendemain ou le surlendemain de l'opération .

Expulsion de caduque. — Les anciens auteurs semblaient attacher à ce signe une très grosse importance.

Au dire des accoucheurs : l'expulsion de caduque et la montée laiteuse signifient mort de l'œuf. En réalité, cette expulsion de caduque n'est pas extrêmement fréquente. A trois reprises seulement nous l'avons observée et toujours vers le 4^e ou 5^e jour après l'intervention.

La présence de colostrum aide au diagnostic, mais ce signe n'a aucune valeur si la femme a eu des grossesses antérieures.

Signe de l'ombilic. — Enfin, signalons un signe accessoire, qui n'a guère d'intérêt que par sa rareté : le signe de l'ombilic. Il nous est arrivé de le découvrir une fois avec notre ami Merle d'Aubigné. Il s'agissait d'une malade ayant une grossesse extra-utérine rompue. L'ombilic, nettement distendu par une petite hernie ombilicale, *présentait un aspect bluté caractéristique*. Ce signe déjà décrit par Cullen, serait tardif, et traduirait la présence de pigments sanguins amenés par les lymphatiques, sous la peau de l'ombilic. Dans notre observation, il s'agissait d'une rupture

précoce. Nous l'expliquons plus simplement, par transparence de la peau distendue.

DIAGNOSTIC

Au début de ce chapitre, nous avons envisagé en montrant quelques types de malades, les erreurs possibles et grossières que peut commettre le médecin s'il s'en tient à la prédominance de certains symptômes. Sans doute des erreurs peuvent être commises et elles sont bien légitimes lorsque les malades cachent leur histoire ou sont examinées dans de mauvaises conditions. Malgré tout, à part quelques cas exceptionnels, nous croyons que ce diagnostic ne présente guère de difficultés. La plupart du temps, nous pourrions dire de l'inondation péritonéale ce que disait Trélat de la fracture de Dupuytren « elle crève les yeux, par la grossièreté de ses signes ».

« Maintes fois, dit Cestan, l'erreur a été commise au préjudice de la malade et nous avons vu incriminer un empoisonnement, une perforation intestinale, une occlusion suraiguë, une appendicite, une colique hépatique, une perforation par ulcère d'estomac, une attaque de choléra. Nous même, avons été coupable, nous nous tenons pour averti et disons que ces fautes d'hier ne se doivent plus commettre demain, même dans les cas atypiques, car il faut y songer toujours. On ignorait autrefois la question, on la connaît maintenant, on sait combien le cas est fréquent et combien il est grave ».

Aussi, sommes-nous surpris de voir rapportées, toutes les confusions auxquelles ce diagnostic a donné lieu.

1^o *Appendicite*. -- Parmi ces erreurs, l'appendicite peut paraître fréquente à en juger par la production des travaux qui ont été entrepris par différents auteurs (Aguinet, Ferg, Pellot, Launay et Seguinot, Chevallier, Legueu, Cazin, Silhol, Gasbarrini, Cathomas).

Des exemples nombreux sont signalés, où des chirurgiens opérant des malades d'appendicite ont trouvé des ruptures de grossesse tubaire.

Que faut-il penser de cette erreur ?

Nous avons relu la plupart des observations publiées, aucune n'a su nous convaincre. Ces erreurs, au dire même des chirurgiens qui les ont commises, auraient pu être évitées. C'est Séjournet lui-même qui dit à propos d'une grossesse extra-utérine rompue prise pour une appendicite aiguë « l'erreur aurait pu être évitée, si notre attention n'avait pas été détournée par la notion de crises d'appendicite antérieures et si nous avions poussé plus avant notre examen et notre interrogatoire ; la malade avait un retard de règles de trois semaines ».

Une observation de Legueu est du même ordre. Il reconnaît avoir été induit en erreur par la prédominance d'un symptôme.

Gasbarrini apporte deux observations personnelles dans lesquelles on n'attacha d'après l'auteur que peu d'importance à une amenorrhée de 15 jours à trois semaines.

Dans le cas de Launay et Séguinot le diagnostic fut rectifié.

L. Bonnet a rapporté une observation où les signes étaient assez incertains. Quelques symptômes cependant auraient pu attirer l'attention : la paleur, quelques signes génitaux, un cul-de-sac antérieur bombant dans le vagin, renitent et extrêmement douloureux à la pression, écoulement de sang noirâtre par le vagin. Ces signes-là ne sont-ils pas d'importance ?

Il est des cas complexes où il y a coexistence d'appendicite et d'inondation, alors le diagnostic est indiscutablement fort difficile (Témoin), mais ce sont des cas d'exception que nous n'aurons pas en vue ici.

Pour clore la question de l'appendicite, la formule de Séjournet nous paraît très exacte : « Entre les accidents de rupture avec inondation et une crise d'appendicite aiguë, le diagnostic semble relativement aisé ».

Nous avons insisté particulièrement sur l'appendicite parce que c'est l'erreur la plus communément signalée. Mais si l'on tient à la prédominance d'un symptôme on peut être conduit à des erreurs de tout ordre.

2° *Syndromes abdominaux*. — Le ventre aigu chirurgical et tous les syndromes abdominaux ou abdomino-pelviens peuvent dans ces conditions simuler une inondation péritonéale.

La douleur si trompeuse avec ses irradiations à distance : lombaires, épigastriques, thoraciques peut faire penser aussi bien à une colique hépatique ou néphrétique qu'à une perforation gastrique. Il n'y a

pas de raison non plus pour ne pas éliminer une pancréatite hémorragique, une occlusion au début.

3° *Syndromes pelviens*. — Dans la sphère génitale un début aussi brusque et dramatique pourrait être donné par une torsion de kyste de l'ovaire : une hémorragie intrakystique, ou même une rupture de pyosalpinx. Jamais nos hésitations ne se sont arrêtées devant pareils cas.

En pratique devant le syndrome que nous avons décrit et qui à part quelques variantes se présente d'une façon toujours identique, le problème se limite à deux propositions :

a) ou bien c'est une femme qui saigne dans son ventre ;

b) ou bien c'est une femme qui a fait une fausse couche avec des hémorragies extrêmement abondantes.

A) *Est-ce une hémorragie intra péritonéale ?* Dans l'immense majorité des cas, la grossesse extra-utérine est en cause. Les hémorragies intra-péritonéales d'origine salpingienne ou par rupture de plexus utéro-ovariens ou au cours de fibromyomes utérins doivent être de plus en plus rares depuis que la grossesse ectopique et ses complications sont mieux connues. Cependant des faits de ce genre, pour exceptionnels qu'ils soient, n'en existent pas moins et la thèse de Cestan en rapporte un certain nombre d'exemples. Mais une autre cause d'hémorragie peut être invoquée : c'est la rupture de kyste hématique de l'ovaire.

B... Jeanne, 24 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 30 mai 1926.

Prise le matin, d'une douleur très violente dans le bas ventre, surtout à droite. Vomissements, sueurs. Les règles apparaissent au même moment. *Aucun retard*. Pas de syncope. A chaque période menstruelle, elle éprouve une crise douloureuse, mais beaucoup moins marquée que cette fois-ci.

A son entrée à l'hôpital : visage pâle, traits tirés, yeux cernés, extrémités refroidies. Pouls 110. température 40°.

Le ventre est extrêmement sensible. Il présente une contracture généralisée, mais plus marquée dans la fosse iliaque droite.

Le toucher est douloureux. Il est difficile de sentir l'utérus et les culs-de-sac. Le doigt ramène du sang, mais c'est le moment des règles. Pas de rapports sexuels depuis très longtemps. Devant cette contracture généralisée avec prédominance dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant d'une température à 40°, on émet l'hypothèse d'une péritonite appendiculaire, après avoir discuté le diagnostic de rupture de grossesse tubaire.

Intervention (Barret). Rachi et éther. Incision de Jala-guier : sang à l'ouverture du péritoine. On fait alors un laparotomie médiane sous ombilicale : on trouve du sang en petite quantité sans caillots, *on pense alors à une grossesse extra-utérine rompue*. L'examen du petit bassin montre :

A droite : un kyste de l'ovaire du volume des 2 poings à paroi épaissie. Ce kyste est rompu et prolabé dans le Douglas auquel il adhère. Pas de torsion, la trompe est saine. Extirpation.

A gauche : kyste hématique à paroi mince du volume d'une mandarine, non rompu, mais tendu. Trompe saine. Extirpation : drain et mèches. La malade étant assez shockée, on s'en tient là, sans pratiquer d'hystérectomie.

Quelques accidents de paroi par la suite. Suppuration. Désunion. Sort guérie au bout de 2 mois et demi.

Examen des pièces : ovaires scléro-kystiques, volumineux, corps jaune, hémorragique, saignant dans le péritoine, aucune trace d'éléments cellulaires pouvant faire songer à la grossesse.

Le tableau clinique est en général à peu près le même que dans une rupture de grossesse extra-utérine. Dans notre observation cependant quelques symptômes nous avaient induit en erreur.

D'après les auteurs qui ont rencontré des cas analogues (Depage, Bender et Marcille, Jayle, Bonneau, Otto Engström) *l'analogie est souvent frappante*.

Cependant quelques signes sont un peu particuliers : très souvent cet accident survient chez des vierges ;

le moment d'apparition coïncide avec la période menstruelle ;

les règles sont toujours très douloureuses ;

pas de modifications du côté de l'utérus, absence de pertes sépia ;

on a signalé un état de shock nerveux avec troubles moteurs périphériques ;

enfin la température est souvent élevée.

Ces hémorragies intra-péritonéales sont dues à une rupture de kyste hématique constitué ou au saignement d'un corps jaune dans le péritoine (Rachel Taitz).

B) Est-ce un avortement. — Parfois l'hémorragie d'un avortement peut être extrêmement abondante avec *tendance syncopale*. Les malades sont vues tardivement, quelques heures après l'hémorragie et sont dans un état de faiblesse extrême. Si les renseignements obtenus manquent de précision, l'erreur est excusable.

Ou bien l'inondation péritonéale s'accompagne d'un écoulement vaginal assez important, ce qui d'ailleurs

n'est pas la règle. Alors on est en droit de se demander surtout quand l'utérus est augmenté de volume, s'il ne s'agit pas d'un banal avortement.

Nous avons rapporté plus haut l'observation d'une malade soignée dans une Maternité et dont l'histoire simulait à s'y méprendre celle d'un avortement.

Cependant, il est un signe auquel nous attachons une très grosse valeur, c'est la présence de *caillots*. Dans la grossesse ectopique, les pertes de sang peuvent contenir des membranes (expulsion de caduque), les caillots aussi abondants que dans une fausse-couche y sont l'exception. Mais c'est dans ces cas douteux que le cri du Douglas prendrait toute sa valeur comme le signale Proust dans l'observation d'une de ses malades qui perdait abondamment par le vagin.

En règle générale, la grossesse extra-utérine ne donne que des pertes sanguines légères *et la disproportion entre les phénomènes généraux et les métrorragies reste un signe distinctif capital*. A plusieurs reprises il nous a permis de trancher un diagnostic hésitant.

Cependant il a été signalé des cas, extrêmement complexes, de grossesse tubaire rompue, coexistant avec une grossesse utérine (F. Potier et L. Bazy).

Après ce que nous venons de dire, le problème de l'inondation péritonéale au cours de la grossesse ectopique reste malgré tout facile à résoudre. Il n'est guère que deux diagnostics qui se posent réellement :

— l'hémorragie intra-péritonéale par rupture de

kyste hématique de l'ovaire, diagnostic sans intérêt puisqu'il se fait habituellement à l'intervention.

— ou bien dans quelques cas, rares cependant : l'avortement utérin. C'est une erreur commune sans doute, mais comme nous venons de le voir, ce diagnostic ne se pose réellement, que dans des conditions assez particulières.

ÉVOLUTION DE L'INONDATION PÉRITONÉALE

Cette évolution est, en général, très sérieuse. Pendant longtemps on n'a su voir qu'un seul élément de gravité : *l'anémie secondaire à l'hémorragie*.

1^o *Les facteurs de gravité* : En réalité, il faut faire une place à d'autres facteurs de moindre importance. Quand on est contraint d'opérer ces femmes qui font une rupture de grossesse tubaire (puisque cette dernière est ordinairement la cause des accidents) on se trouve en présence de cas tout à fait dissemblables.

Il arrive que dès l'ouverture du péritoine, le sang jaillisse en abondance. L'épanchement est considérable. Une hémorragie de pareille importance suffit à expliquer des accidents aussi dramatiques. Mais parfois, on est surpris, malgré un état général inquiétant (paleur, syncope, refroidissement des extrémités, pouls rapide) de ne trouver qu'une petite quantité de sang dans le péritoine ou même dans le Douglas. Des facteurs autres que l'hémorragie doivent donc intervenir dans la genèse des accidents.

Choc péritonéal : Il est probable que la chute du sang

dans le péritoine, détermine une espèce de choc, en entendant sous ce terme des phénomènes d'inhibition nerveuse dus à l'atteinte du sympathique abdominal. La brusquerie des accidents semble prouver cette manière de voir.

Peut être aussi faut-il faire une place à *la résorption massive du sang*. Il ne s'agit là, sans doute, que d'une hypothèse. Mais nous savons que le sang épanché dans le péritoine se traduit au bout de 4 à 5 jours, par certains phénomènes toxiques (léger subictère, présence d'urobiline dans les urines, présence de soufre et d'acides aminés dans le sang, ballonnement du ventre, fièvre). Pourquoi ne pas admettre que dès le début il y a passage dans le sang, d'albumines, de protéines du sérum sanguin, voire même de ferments ? Parfois d'ailleurs ces phénomènes de toxicité apparaissent un peu plus tardivement. « Après la phase dramatique du début, tout paraît s'arranger quand, brusquement, au bout de 24 ou 48 heures, l'état général s'altère, la température monte rapidement, le pouls devient petit et rapide, le ventre se tend douloureusement, les traits se creusent. On a alors l'impression que, si l'on ne se hâte pas d'intervenir, la mort va survenir dans un bref délai. Il suffit d'ouvrir l'abdomen, d'évacuer le sang qu'il contient, pour assister en quelques heures, à une véritable et complète résurrection. A quoi sont dus ces accidents suraigus que j'ai pour ma part, observés à deux reprises différentes ? Je ne saurais le dire, mais il faut

savoir qu'ils existent et que leur apparition commande une rapide intervention » (Métivet).

Dans l'apparition de ces accidents, il faut certes, faire la part d'une certaine susceptibilité individuelle.

2° *Est-il possible de faire la part de ces différents facteurs ?* Il serait intéressant chez de pareilles malades, de faire la part respective de ces différents facteurs.

Malheureusement, le problème nous semble malaisé à trancher. Il est des formes plus « shockantes » qu'hémorragiques, et inversement. Devons-nous attendre une indication des signes physiques et des signes généraux ?

La percussion de l'abdomen révélant de la matité dans les flancs précise l'abondance et la gravité de l'hémorragie. Mais nous savons combien ce signe est inconstant.

Une décoloration très marquée des muqueuses et des téguments témoigne de la sévérité de l'hémorragie.

Quant à l'hypothermie à laquelle Bouilly accordait une certaine importance, elle ne permet pas de trancher le problème dans un sens plus que dans l'autre. C'est pourquoi nous nous sommes attaché à l'étude de la tension artérielle et de la formule sanguine.

Tension artérielle : La tension artérielle est très variable et les chiffres qu'on peut observer d'une malade à l'autre, n'ont aucune ressemblance : nous avons trouvé chez des femmes très saignées :

Femme Tr. :	T. Max. : 11	Pachon
	T. Min. : 5	

Femme B. :	T. Max. : 9	Pachon
	T. Min. : 6	
Femme Au. :	pas d'oscillations au Pachon	
	pas de pouls	
Chez des femmes peu saignées :		
Femme Gi. :	T. Max. : 11	Pachon
	T. Min. : 8	
Femme B. :	T. Max. : 10	Pachon
	T. Min. : 7	

On voit donc que ces chiffres sont trop variables d'une malade à l'autre pour avoir une valeur absolue. Et puis ces chiffres, au fond, n'ont qu'une signification très relative, puisque dans aucun cas on ne connaissait la tension artérielle avant l'accident initial. On peut cependant dire, que dans les formes très hémorragiques, la tension est toujours très basse.

Formule sanguine : La formule sanguine ne permettra pas non plus de faire la part des différents facteurs dont nous avons parlé. Une diminution du nombre des globules rouges n'est pas toujours l'indice d'une hémorragie importante. Le choc péritonéal réalise pareillement une modification de la formule globulaire.

Voici des exemples :

« Femme B..., entre à l'hôpital Saint-Antoine.
Signes d'inondation péritonéale.

T. A. : Max. : 9

Min. : 6.

Hématies : 3.980.000.

Leucocytes, 23.560.

Hémoglobine : 65 %.

Valeur globulaire : 0,75.

A l'intervention : *épanchement de sang très abondant.*

Voici un autre exemple :

Femme G..., entre à l'hôpital Tenon, avec des signes de rupture de grossesse extra-utérine.

T. A. : Max. 11.

Min. : 8

Hématies : 3.200.000.

Leucocytes : 10.000.

Hémoglobine : 70 %.

Valeur globulaire : 1.

A l'intervention : *petite quantité de sang* dans le péritoine.

Ces deux exemples ont été pris à dessein, pour bien montrer le paradoxe de ces examens de laboratoire et l'importance relative qu'il faut leur accorder.

Aucun moyen précis ne nous permettant de connaître exactement les facteurs qui entrent en jeu, il est naturel, sans plus attendre, de pratiquer une intervention chirurgicale.

Sans doute les malades présentant des accidents dramatiques ne sont pas toutes vouées à une mort inéluctable, quelques-unes vont faire elles-mêmes leur hémostase par un processus d'adhérences et d'enkystement. Ainsi pourra être réalisée une autre forme de la grossesse extra-utérine compliquée : l'hématocèle.

VI. HÉMATOCÈLE PROPREMENT DITE

A l'inondation péritonéale, s'oppose d'après les classiques, l'hématocèle enkystée, constituée « par une masse de caillots amassés autour des organes génitaux et isolés secondairement par la réaction du péritoine génératrice d'adhérences épiploïques et intestinales formant à la longue *une coque plus ou moins résistante* ».

Cette vieille conception d'A. Nelaton, laisse de côté une partie de la question de l'hématocèle et une part plus grande doit être faite à des formes que l'on rencontre beaucoup plus fréquemment de nos jours.

Le début peut se faire comme dans l'inondation péritonéale, puis l'orage s'apaise et l'hématocèle se constitue.

Mais le tableau clinique habituel est celui d'une femme qui éprouve des douleurs dans le bas ventre, de la pesanteur, des tiraillements, parfois des poussées passagères de température à 38°, 38°5. Comme on le voit, ces symptômes sont assez vagues.

On pratique alors un toucher vaginal et on trouve :

Premier type : une petite masse *peu mobile*, douloureuse, unilatérale, siégeant dans un cul-de-sac latéral. La masse est en général assez fixée et se mobilise à peine : ou bien elle se mobilise, mais avec l'utérus.

Deuxième type : ou bien le col est plaqué en avant,

le corps utérin se mobilise mal, parfois le fond n'est pas senti.

Dans un cul-de-sac latéral le doigt perçoit une grosse masse qui semble se prolonger dans le Douglas.

Parfois même cette masse semble être strictement rétro-utérine. Elle comble tout le Douglas. Cette masse est molle et dépressible, ou bien dure et cartonnée. Mais fait capital, le toucher provoque à ce niveau une douleur assez vive.

Troisième type : ou bien c'est une femme qu'on examine après plusieurs poussées elle présente un peu de météorisme abdominal, une tuméfaction sus-pubienne ou latéro-pubienne. Le toucher révèle une grosse masse soit latérale soit médiane qui peut atteindre un très gros volume.

Devant ces trois types de malades aux signes objectifs divers, on se rend compte que l'examen a été insuffisant, on fait un nouvel interrogatoire et on apprend : que les règles sont irrégulières depuis 2 ou 3 mois, et que depuis, sans discontinuer, ces femmes perdent du sang, noirâtre, épais, visqueux. Il s'agit là de ces pertes distillantes sur lesquelles a insisté Lejars « La perte rouge prolongée, continue, fût-elle très peu abondante n'en apporte pas moins au diagnostic, en pareilles conditions, un appoint capital ». « Je n'ai jamais vu manquer, dit-il, dans l'hématocèle relativement récente jusqu'à 3, 4 ou 5 semaines, la perte rouge indicatrice »

Les crises. En faisant bien préciser, on apprend que ces femmes présentent de temps à autre des

petits malaises, des petites crises passagères d'une grosse importance pour le diagnostic. Il faut bien insister sur le caractère de ces crises qui peuvent durer quelques heures, une nuit entière, mais qui toujours sont de courte durée. A ces moments-là il y a une exacerbation de la douleur pelvienne habituelle, les douleurs sont assez vives, elles se propagent à distance, mais elles gardent une prédominance unilatérale. Presque toujours des nausées ou des vomissements, une syncope ou une tendance lipothymique viennent compléter ces petits malaises. Et pourtant la température n'est pas très élevée 38°, 38°5. Sur cette courbe thermique, à peu près régulière, de temps à autre cependant, on observe un clocher à 39°. 39°5.

La décoloration des téguments et des muqueuses n'est pas frappante. L'état général est atteint, mais en dehors de ces crises, ces malades peuvent aller et venir sans être par trop incommodées.

Subictère Urobiline : Cependant quelques signes chez certaines attirent l'attention. C'est un léger *subictère conjonctival*. Les urines sont un peu chargées, elles contiennent de l'urobiline.

Ponction du Douglas : De tels symptômes mettront sur la voie du diagnostic et si l'on pense à une grossesse extra-utérine, on pratiquera une ponction du Douglas qui confirmera l'hypothèse émise, en ramenant du sang plus ou moins hémolysé.

Ainsi voilà réalisés 3 types de malades qui ont un tableau clinique semblable, mais des signes physiques

différents et l'on peut décrire 3 formes anatomo-cliniques :

Forme péritubaire ou salpingienne.

Forme enkystée ou en voie d'enkystement.

Forme à poussées successives.

FORME PÉRITUBAIRE OU FORME SALPINGIENNE

Cette forme répondant à l'hématocèle latérale de Lejars, au petit hématome péritubaire de Lapointe, réalise le premier type clinique, décrit : à savoir une petite masse *latéro-utérine*, siégeant dans un cul-de-sac latéral, donnant au toucher l'impression d'une masse annexielle peu volumineuse et peu mobile.

D'après Lejars, cette forme serait un reliquat de l'avortement tubaire.

Un exemple :

Femme El..., 31 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine avec le diagnostic de métrorragies à traiter par le radium. Elle se plaint de douleurs, marquées à droite, dans le bas ventre sous forme de crises, s'accompagnant de vomissements, de vertiges. Au toucher : masse latérale droite, du volume d'une mandarine, douloureuse, *un peu mobile, le Douglas est libre*. Pas de modifications utérines, le doigt ramène du sang noirâtre. On apprend alors que les dernières règles datent de 2 mois. Depuis ce temps-là, elle a des pertes continuelles noirâtres, sepie avec expulsion de membranes. Pas de colostrum, pas de pertes blanches. On pense à une grossesse extra-utérine arrêtée dans son évolution.

Intervention : 20 mai 1926 (Barret). Éther. Laparotomie : Annexes droites entourées de caillots. La trompe n'est pas rompue, elle est simplement dilatée au niveau de l'ampoule et du pavillon. Le sang s'est écoulé par l'orifice. Castration droite : appendicectomie. Sort guérie le 20^e jour.

Pièce : caillots, sans embryon.

La présence de cette masse annexielle (et il est des

cas où les symptômes subjectifs sont très discrets) donne lieu à des erreurs de diagnostic dont la plus fréquente est la salpingite.

1^o *Salpingite* : Voici l'histoire d'une malade pour laquelle le diagnostic fut hésitant.

Femme T. Ch..., 26 ans, entre à Tenon pour une salpingite. Elle éprouve des douleurs continues dans le petit bassin et de la constipation.

Toucher : cul-de-sac latéral gauche : masse juxta-utérine du volume du poing, assez fixée, se prolongeant en arrière dans le Douglas, douloureuse à la pression du doigt.

A droite, un peu d'empâtement, mais douleur moindre. L'interrogatoire décèle un retard de règles de 2 mois et demi. On apprend que la malade a eu des crises douloureuses très violentes avec nausées, vomissements, constipation. Ces crises de courte durée se sont renouvelées à maintes reprises. Jamais de syncopes, température 37, 38. Pas de pertes blanches. Colostrum (femme n'ayant eu ni grossesse ni fausse-couche antérieures). On pense à une grossesse extra-utérine rompue (quelques réserves à cause de la bilatéralité des lésions).

Intervention, 16 janvier 1926 (Riche, Barret). Rachistovaine. Laparotomie : trompe gauche augmentée de volume, entourée de caillots fibrineux, rompue au niveau de l'isthme. Castration gauche.

Trompe droite distendue pas un hydrosalpinx, elle est laissée en place. Sort guérie le 15^e jour.

Tel est l'exemple d'une femme traitée sans amélioration pour salpingite pendant quelques semaines.

Des erreurs semblables sont extrêmement fréquentes. On se trompera dans une proportion de 50 %.

Quels sont les caractères qui permettent d'opposer ces deux affections ?

Les douleurs de la grossesse extra-utérine compliquée d'hématocèle sont plus paradoxales dans leur siège que celles de la salpingite. Elles sont continues mais s'exaspèrent sous forme de crises passagères avec prédominance unilatérale : ces douleurs ne sont pas influencées par le repos et la vaccination.

Ces crises douloureuses dans les salpingites s'accompagnent presque toujours d'une recrudescence de pertes blanches, ce qui est un signe différentiel important.

La courbe thermique elle-même est différente. Il est exceptionnel qu'une salpingite ne s'accompagne pas à un certain moment d'une forte poussée à 39°, 40° et ne s'y maintienne quelques jours. Or, dans l'hématocèle (nous n'envisagerons pas les cas de suppuration) si la température s'élève, elle retombe vite. C'est souvent un clocher à 39°.

Est-ce qu'un retard de règles, permettra seul de faire pencher le diagnostic ? Non, car dans un certain nombre de salpingites les règles sont irrégulières. Cependant, si ce retard de règles s'accompagne de pertes sépia, alors sa valeur est tout autre et l'hypothèse d'une hématocèle a bien des chances de se vérifier.

Le doigt vaginal n'est pas toujours capable de différencier une masse salpingienne d'une masse sanguine.

Cependant, l'unilatéralité est en faveur de l'hématocèle plus que d'une infection salpingienne.

Enfin la recherche du colostrum peut avoir son

intérêt. C'est un signe qui prend une assez grosse valeur chez des femmes qui n'ont pas eu de grossesses antérieures ou qui n'ont jamais allaité.

2^o *Petit fibrome ou petit kyste de l'ovaire*. En présence d'une petite masse annexielle, on pourrait encore penser à *un petit fibrome* (mais ce dernier est tellement plus mobile), ou bien à un *petit kyste de l'ovaire*, non point le kyste habituel qui présente lui-même une certaine mobilité mais le kyste enclavé du ligament large, sur lequel surviennent des petits accidents (torsion, hémorragies).

Malgré tout la salpingite reste au premier plan des difficultés et c'est avec raison qu'on a pu décrire cette forme sous le nom de *forme salpingienne de l'hématocèle*. On peut s'y tromper aisément. C'est elle que Lapointe appelle « la forme ambulatoire ».

« Les symptômes subjectifs sont si atténués que la femme n'est pas obligée de garder le lit ». « Cette forme est toujours méconnue de ceux qui, s'en tenant à l'enseignement classique, ne se figurent pas qu'une femme puisse circuler après l'interruption d'une grossesse tubaire et ne se représentent l'hémopéritoine en dehors de l'inondation péritonéale que sous la forme du gros hématome anté et rétro-utérin ».

« Dans les hématomes péritubaires, on pense généralement à une annexite banale. La masse formée par les caillots qui entourent la trompe, elle-même plus ou moins distendue par le sang, donne au palper bimanuel des sensations qui ressemblent à celles d'une ovaro-salpingite et ce n'est pas d'après ses

caractères qu'on peut reconnaître que la masse perçue est faite de caillots intra et péritubaires » (Lapointe). Cette forme salpingienne de l'hématocèle est assez fréquente. Elle n'est point signalée par les classiques et aucune mention n'en est faite dans l'excellente thèse de Cestan sur les hémorragies intrapéritonéales et l'hématocèle pelvienne.

FORME ENKYSTÉE OU EN VOIE D'ENKYSTEMENT

LES GROS HEMATOMES

La forme enkystée au sens où l'avait définie A. Nélaton est assez rare de nos jours. Sous ce terme on entend plutôt une forme évoluant à bas bruit caractérisée par la présence de caillots abondants dans le petit bassin et plus particulièrement dans le Douglas. Ce n'est plus le petit hématome péritubaire, c'est *le gros hématome rétro-utérin* envahissant les replis du péritoine et formant une barrière d'adhérences autour de lui. « Avec un utérus en antéposition normale, les annexes pendent au-dessus du Douglas et c'est dans ce bas fond que le sang va s'accumuler. Si le saignement persiste le sang déborde en dehors du Douglas, principalement du côté de la trompe qui saigne. L'hématome n'est pas franchement médian et c'est dans son prolongement latéral, autour des annexes qu'on trouve le sang fraîchement extravasé et les caillots récents, au-dessus des caillots plus anciens moulés sur le Douglas » (Lapointe).

Gros hématome anté-utérin. — On peut observer encore, mais bien plus rarement, l'hématome anté-utérin. « Quand les annexes sont restées en position latérale, dans le cas de rétroversion utérine, le sang qui coule de la trompe, au lieu de tomber dans le

Douglas, s'amasse d'abord dans la fosse ovarique. Pour peu que le débit soit de quelque importance la nappe sanguine s'étend en avant du ligament large et remplit successivement les deux fosses obturatrice et paravésicale, de là, il gagne le cul-de-sac vésico-utérin et devient médian » (Lapointe).

Des exemples ont été rapportés dans la thèse de Neveux.

Ces différentes formes peuvent évoluer à la longue vers cette gangue résistante entourant les organes génitaux, donnant au toucher une sensation de dureté très particulière. Cette évolution de nos jours est assez rare. On rencontre plutôt des formes en voie d'enkystement que des formes franchement enkystées et parmi celles-ci il faut faire une place importante à la forme rétro-utérine.

Voici l'histoire d'une malade :

Femme B..., 35 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine.

Retard de règles de 2 mois et demi, crises douloureuses avec tendance syncopale. Pertes sépia, température 37, 37°4.

Toucher : col un peu mou, légèrement entrouvert, utérus fixé, rejeté en avant. Grosse masse *latérale* et *rétro-utérine* assez volumineuse, ne se mobilisant pas, de la grosseur des 2 poings. On pense à hématocele : ponction du Douglas : sang.

Intervention (Barret). Éther. Laparotomie : on tombe sur une énorme poche remplie de caillots en voie d'organisation. Elle occupe tout le Douglas et le cul-de-sac latéral droit et remonte jusque dans la fosse iliaque droite. Les parois de la poche, constitués par des caillots, eux-mêmes adhérents au rectum et à l'anse sigmoïde. La trompe droite se trouve perdue au milieu de ces caillots. Elle est rompue au niveau

de l'ampoule (Pas trace d'embryon). La trompe gauche est augmentée de volume, l'ovaire kystique. On se voit dans la nécessité de pratiquer une *hystérectomie abdominale subtotale*. Appendicectomie. Drains et mèches. Sert guérie le 16^e jour sans incidents.

Nous avons choisi cet exemple pour montrer qu'il est parfois difficile d'apprécier exactement le volume de la tuméfaction et qu'on peut être trompé par l'étendue et la fixité de la masse sanguine enkystée. L'enkystement est certainement en rapport avec l'âge de la grossesse mais ce n'est point là l'unique facteur. La situation de la trompe prolabée dans le Douglas va conditionner cette forme anatomo-pathologique et l'on ne s'étonnera plus de trouver des grossesses extra-utérines, vieilles seulement de deux mois ou deux mois et demi, à l'origine de ces formes enkystées.

DIAGNOSTIC DE LA FORME ENKYSTÉE OU EN VOIE D'ENKYSTEMENT

Alors le diagnostic est des plus difficiles.

Rétroversion. — Une rétroversion adhérente, d'origine inflammatoire, peut encore être confondue avec la forme que nous avons décrite.

Réaction salpingienne. Pelvipéritonite. — Mais l'erreur la plus commune sera toujours la même. On se croira en présence d'une grosse réaction salpingienne avec péricervicite ou pelvipéritonite.

Des observations de ce genre ont été rapportées en grand nombre dans la thèse de Bazalgette. Lenormant et Hartmann-Keppel ont également cité des cas analogues.

Voici l'exemple d'une malade.

Femme Ch... Maria, 32 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 31 juillet 1926 avec le diagnostic d'abcès de l'ovaire. Elle accuse des douleurs dans le bas ventre. Sa température est à 38,2. Au toucher : on sent une grosse masse qui bombe dans le Douglas et qui est très douloureuse. On ne sent pas l'utérus. Un peu de défense abdominale. On pense à une pelvi-péritonite, d'autant que les jours suivants la masse devient de plus en plus volumineuse, que la température s'élève à 38°5.

Sous-rachi : colpotomie, sang et caillots, pas de pus. Il s'agit d'une hématocele. Au bout de 2 heures environ, intervention par voie haute (léger saignement par le vagin).

Intervention (Barret). Éther. Laparotomie : on tombe sur une poche rétro-utérine enkystée, soulevant l'utérus en avant, limitée en arrière par le rectum et le sigmoïde. On effondre les parois de cette poche et on trouve des caillots en voie d'organisation attendant aux organes de voisinage. La trompe apparaît au milieu de cette collection sanguine, comme une masse oblongue dilatée dans la région ampullaire et infundibulaire mais non rompue. L'opération est difficile. Il existe des surfaces saignantes et cruentées. On pratique une *hystérectomie-abdominale subtotal*e. Drainage vaginal. Péritonisation ves-sie colon. Sort guérie le 15^e jour sans aucun incident.

Ouverture de la pièce : embryon de 4 à 5 cm.

Les mêmes signes se retrouvent : collection bombant dans le Douglas, douleur extrêmement vive au toucher.

La température n'est pas un signe absolu, dans nombre de ces hématoèles enkystées la courbe ther-

mique présente des ascensions passagères et inversement de grosses collections suppurées ne s'accompagnent pas toujours d'une température très élevée.

Si l'interrogatoire n'est pas très minutieux, si l'on ne tient pas compte de facteurs subjectifs on a bien des chances de se tromper. Aussi la nécessité s'impose comme dans la forme péritubaire, d'analyser chacun des symptômes. Le retard de règles, les métrorragies, devront être recherchées avec soin dans les antécédents, à une époque donnée : car au bout d'un certain temps les règles peuvent réapparaître chez ces malades.

Il n'est guère qu'un moyen capable de faire le diagnostic entre l'abcès du Douglas et l'hématocèle enkystée : c'est la ponction du Douglas. La présence de pus ou de sang justifiera une conduite différente.

Salpingite tuberculeuse. — Mais une autre forme de salpingite doit retenir l'attention : c'est la *salpingite tuberculeuse* : Nous ne voulons pas parler de la forme miliaire dans laquelle « la paroi est épaissie et parsemée de granulations qui font relief sur sa surface péritonéale » (Bégouin), mais de la forme chronique diffuse assez fréquente qui rappelle en tout le pyosalpinx banal. Cet abcès froid tubaire peut être volumineux. Il en impose pour une grosse masse annexielle dont la nature n'est reconnue qu'à l'intervention.

Cette forme est d'un diagnostic délicat.

Cliniquement il s'agit de femmes souvent réglées d'une manière irrégulière, et il n'est pas rare d'observer des petites métrorragies comparables aux pertes septi-

de l'hématocèle. Certaines formes aménorrhéiques de la tuberculose annexielle ne sont pas moins trompeuses. Il est des formes où des phénomènes fébriles très accentués coexistent avec des altérations annexielles légères. Ordinairement la température est peu élevée. On conçoit que dans ces conditions un certain nombre d'erreurs aient été commises. Des observations de Freund ont été rapportées dans la thèse de Bazalgette. L'une d'elle concerne une femme qui avait eu une crise douloureuse. Elle avait présenté en même temps des syncopes répétées, contemporaines d'un écoulement sanguinolent brunâtre.

Tumeur pelvienne. — Mais bien d'autres diagnostics sont encore possibles si l'histoire clinique n'est pas très nette, en particulier un gros fibrome bloquant l'utérus dans le petit bassin ou un gros kyste enclavé du ligament large.

FORMES A POUSSÉES SUCCESSIVES

Les formes à poussées successives n'ont pas à proprement parler d'individualité propre. C'est un aspect de l'évolution des formes étudiées plus haut quelles que soient leur siège.

Leur intérêt réside dans ce fait que l'hémorragie se reproduisant à des intervalles plus ou moins rapprochés, ces collections prennent des proportions parfois considérables. D'abord pelviennes, elles ne tardent pas à devenir franchement abdominales ; c'est alors qu'au palper elles donnent la sensation de véritables tumeurs sus-pubiennes, sous-ombilicales en forme de cœur de carte à jouer. Leur consistance varie d'ailleurs avec l'âge des accidents.

Si le chirurgien n'assiste pas à ces poussées successives, il peut être conduit aux pires erreurs. Il peut être amené à envisager la possibilité d'une *tuberculose péritonéale* ou bien même d'un énorme kyste végétant de l'ovaire adhérent aux organes proches et déterminant des troubles de compression.

On conçoit que ces gros épanchements viennent s'accumuler dans tous les replis du petit bassin et donnent un tableau clinique presque toujours semblable. Cependant il faut savoir que des épanchements sanguins assez circonscrits au début peuvent s'entourer parfois d'une véritable coque fibrineuse, résis-

lante, qui se distend à chaque nouvelle poussée. La tumeur s'accroît donc, mais elle donne l'impression d'être mobilisable seule ou avec l'utérus...

Voici l'exemple d'un malade :

G... Marie, 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 19 février 1926, pour grossesse extra-utérine. Elle a eu un retard de règles de 2 mois, quelques crises douloureuses et des pertes sépia.

Toucher : col et corps utérins normaux. Grosse masse latérale droite, du volume des deux poings, douloureuse, assez mobile. Temp. 38°, 38°5. Colostrum.

Mais dans les jours qui suivent, on rectifie le diagnostic. La masse a augmenté de volume. On la perçoit au palper abdominal dans la fosse iliaque droite. Elle se mobilise très facilement. On pense plutôt à un kyste de l'ovaire.

Cependant ce diagnostic ne nous satisfait pas pleinement, car la malade fait une élévation de température à 39°2. On est amené même à envisager la possibilité d'un pyosalpinx, d'autant que la vaccination s'accompagne d'une sédation des phénomènes fébriles.

Intervention 16 mars 1926. ((Lapointe-Barret). Laparotomie. Ether.

On tombe sur une grosse collection latéro-utérine, ayant évolué par poussées, remontant dans la fosse iliaque droite, enveloppée par l'épiploon qui forme carapace. Le sang s'est écoulé par l'orifice de la trompe dont l'ampoule contient un hématosalpinx du volume du poing. Annexectomie droite. Appendicectomie. Sort guérie le 15^e jour.

Le diagnostic s'était donc posé dans ce cas avec le kyste de l'ovaire et même le pyosalpinx.

ÉVOLUTION DE L'HÉMATOCÈLE

FORMES SUPPURÉES, HÉMORRAGIES

A la longue ces hématoécèles peuvent s'infecter. Il s'agit toujours de gros hématomes, de gros épanchements sanguins bombant dans le cul-de-sac postérieur. Cette suppuration est souvent annoncée par des petites poussées passagères de température.

Lorsque la suppuration devient franche, on se trouve alors en présence d'un abcès du Douglas et l'on est enclin à incriminer particulièrement la salpingite à streptocoques survenant après un avortement comme il est habituel.

C'est alors, que les mêmes signes se retrouvent à l'origine : il y a eu un retard de règles, un utérus augmenté de volume.

La ponction du Douglas précédant la colpotomie qui sera le seul traitement de cette collection retro-utérine, montrera, en cas d'hématoécèle un mélange de pus et de sang.

Femme B..., 20 ans, Italienne. Entre à l'hôpital Saint-Antoine le 8 mai 1926.

Retard de règles. Syncopes, température 39°4. Pertes sépia. Toucher : col entrouvert, grosse masse tendue bombant dans le Douglas. L'utérus se mobilise en avant.

On envisage la possibilité d'une hématoécèle. Ponction du Douglas : pus. Colpotomie : grosse collection.

Mais ce chapitre tend de plus en plus à disparaître de la pathologie chirurgicale, car un diagnostic et un traitement précoces viennent prévenir ces accidents de suppuration, de plus en plus rares de nos jours.

En terminant ce chapitre de l'hématocèle, nous voudrions signaler une évolution assez rare mais possible de ces grosses collections sanguines. *C'est l'inondation péritonéale*. En effet, une hémorragie brutale et importante peut survenir secondairement par rupture d'une poche enkystée ou par ulcération d'un vaisseau au cours de l'infection et de la suppuration.

D'après ce qui a été dit, on voit que le diagnostic de l'hématocèle présente, au contraire de l'inondation, de réelles difficultés. Si dans quelques cas typiques, la symptomatologie est fort nette, habituellement, le tableau clinique est assez imprécis et le chirurgien présumera le plus souvent une salpingite ou une pelvipéritonite, alors qu'il s'agit de grossesse extra-utérine. Cette erreur est commune, qu'il s'agisse de la petite hématocèle péri-tubaire, ou de la forme enkystée, ou de la forme à poussées successives. Cette interprétation n'entraîne d'ailleurs aucune conséquence fâcheuse, puisque l'intervention se trouve justifiée dans ces différents cas.

VII

UNE FORME ANATOMO-PATHOLOGIQUE PEU CONNUE DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Il s'agit d'une forme très particulière par son mécanisme, par son siège anatomo-pathologique et par son évolution. Toujours elle est une trouvaille d'intervention. Nous en avons recueilli 2 observations :

Femme V..., 26 ans, entre à l'hôpital Tenon le 13 septembre 1925. Elle présente tous les signes d'inondation péritonéale : *retard de 2 mois et demi*, signes d'hémorragie interne, etc..

Elle a été opérée 2 ans auparavant de salpingite gauche.

Intervention immédiate (Barret). Éther. Laparotomie peu de sang dans l'abdomen. Des caillots.

A droite : les annexes sont saines. Ni perforation, ni rupture.

A gauche : absence des annexes qui ont été enlevées à la première intervention. Mais en examinant attentivement on constate *au niveau de la corne utérine gauche une perforation* des dimensions d'une pièce de cinquante centimes (c'est en ce point que l'œuf s'était greffé). Fermeture de la perforation par des points au catgut.

Le sang est laissé en partie dans l'abdomen. Fermeture de la paroi sans drainage.

Après l'intervention : température 38, 39, à oscillations, le malade est dyspnéique, mais aucun signe stéthoscopique net. Vers le 20^e jour (la température toujours élevée) le

Douglas est empâté et douloureux. Sous-rachi : coeliotomie ramène un peu de sérosité et de sang. La température n'est pas modifiée, elle s'élève à 40° le lendemain.

Signes pulmonaires se précisent. Dyspnée. Point de côté à la base droite où on perçoit un foyer de râles sous crépitants.

Le 31^e jour : prise subitement d'angoisse, pâleur, accélération du pouls. Mort en quelques minutes.

Autopsie : bassin net sans présence de sang ni adhérences. Au niveau de la perforation, petite induration correspondant à la cicatrisation.

Poumon droit : *gros infarctus* dans la région sous-corticale.

2^e H..., 22 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 4 avril 1926.

A son entrée : signes d'hémorragie interne. Retard de 2 mois. Au toucher : col et corps utérus sans modifications, cri du Douglas.

On fait le diagnostic d'inondation péritonéale. Opérée le 25 avril 1926 : *annexectomie droite pour salpingite droite*.

Intervention (Rossert-Moruzi). Éther. Laparotomie médiane : sang en abondance : les annexes gauches sont saines.

A droite, au niveau de la corne utérine droite, déchirure de l'utérus se prolongeant sur le bord de l'utérus sur une longueur de 3 centimètres : suture par 4 points de catgut. Pas d'embryon. Suites normales ; la malade sort guérie le 16^e jour.

Antécédents : 1 fausse couche : curettage en janvier 1926. Toujours bien réglée depuis l'âge de 19 ans.

Ces deux observations sont absolument identiques par le siège anormal de la grossesse extra-utérine. Elles sont intéressantes à plusieurs points de vue :

1^o Dans les 2 cas : les malades avaient subi une castration unilatérale pour salpingite, l'une avait été opérée 2 ans, l'autre 5 mois auparavant.

2° L'histoire de ces malades était semblable : elles présentaient l'une et l'autre un syndrome complet d'inondation péritonéale secondaire à une grossesse extra-utérine.

3° Ces deux observations ont encore un point commun : c'est la greffe de l'œuf sur le moignon d'une trompe extirpée antérieurement.

Les cas de ce genre sont exceptionnels. La statistique de R.-R. Smith portant sur 2.998 grossesses ectopiques indique 182 récives dont 11 développées dans le moignon de trompe qui subsistait.

Benzel en 1911 en a signalé un autre cas après grossesse ectopique : deux après salpingectomies pour annexite. Diemer a rapporté deux observations analogues.

Lesse en 1905 cite un cas de grossesse interstitielle du côté où s'était développée auparavant une rupture tubaire.

Il existe encore un cas de Josephson, un autre de T. Gudden.

Plus récemment, Auvray (Paris) a rapporté une observation semblable : sa malade avait été opérée antérieurement de kyste de l'ovaire, la trompe avait été sectionnée vers le milieu et une grossesse s'était développée sur ce moignon de trompe.

René Crousse (Bruxelles) trouva une grossesse tubaire dans des conditions analogues, la malade avait subi une castration unilatérale pour salpingo-ovarite.

L'observation de Bracht est un peu différente :

la grossesse tubaire s'était développée dans le pavillon de la trompe, dont la première fois on s'était contenté de réséquer l'isthme.

W. Sigwart en 1922, rapporte l'histoire d'une femme de 23 ans, opérée de rupture de grossesse isthmique droite ; la surface d'implantation de la trompe réséquée sur la corne utérine fut soigneusement péritonisée. Quatre mois plus tard, la malade revint avec des accidents analogues ; la laparotomie montra un petit œuf, greffé sur le moignon *tubaire droit*, le corps jaune de cette grossesse était dans l'*ovaire droit*.

Dans un autre cas du même auteur, l'œuf s'était développé dans l'isthme d'une trompe, isthme que l'on avait respecté dans une opération antérieure pour avortement tubaire.

Ces trois dernières observations diffèrent des nôtres par quelques points :

En effet, la trompe n'existait plus, mais l'ovaire était conservé. Aussi quelques auteurs avaient pu croire que l'ovule était venu par voie péritonéale.

Douglas opérant une malade de récurrence de grossesse extrautérine greffée sur un moignon de trompe avait trouvé, sur la corne utérine, une surface rugueuse déchirée, saignante, mais ne présentant aucune communication avec la cavité utérine. Il s'était demandé aussi par quelle voie l'œuf avait gagné ce point.

A cet égard, nos observations sont assez concluantes. Les annexes avaient été enlevées en totalité du côté où l'œuf est venu se greffer. Il est donc plus logique d'admettre que l'ovule a été fécondé dans la trompe,

du côté opposé, qu'il a cheminé dans la cavité utérine et qu'il s'est fixé sur le tronçon de la trompe réséquée.

Car même si l'on admet que l'ovule a suivi la voie péritonéale, il faut encore expliquer comment et où s'est faite l'imprégnation.

VIII. TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS

Le traitement de la grossesse extra-utérine, compliquée ou non, a parcouru bien des étapes.

Actuellement la laparotomie est unanimement reconnue comme la voie d'accès la meilleure.

Cependant; on aurait tort de la considérer comme une acquisition toute moderne. D'après Geyl « l'honneur de la première intervention abdominale revient à Cyprianus, professeur à l'Université frisonne de Franeker, qui, vers la fin du xvii^e siècle, fit la première laparotomie pour grossesse tubaire, et la fit même, détail plus curieux, en position de Trédelenburg ».

Mais, malgré tout, c'est dans la seconde moitié du xix^e siècle, sous l'impulsion de Lawson Tait, qu'elle devait conquérir la faveur des chirurgiens. A ce dernier revient le mérite de la conception pathogénique et thérapeutique de la grossesse extra-utérine de 1855 à 1888 et de sa vulgarisation. Si quelques précurseurs après avoir entrevu ce traitement l'avaient délaissé « c'est que toute tentative opératoire était alors tuée d'avance par la crainte du péritoine et l'incertitude de la technique » (Cestan). Aussi, à la suite de désastres opératoires, préconisa-t-on une thérapeutique d'expectative.

IX. INDICATIONS OPÉRATOIRES ET TRAITEMENT DE L'INONDATION PÉRITONÉALE

Cette forme, au point de vue thérapeutique, est la plus intéressante. C'est elle qui a donné lieu aux grandes controverses d'École. Aussi sera-t-elle envisagée dans ce premier chapitre.

De tout temps les uns ont été partisans de l'intervention systématique, alors que d'autres préconisaient l'expectative et même l'abstention. Keller en 1872, Parry, en 1878, se prononçaient pour l'intervention alors que la majorité des chirurgiens était plutôt abstentionniste. Sans remonter si loin, Le Dentu redoutant l'influence dépressive d'une intervention grave, se refusait à opérer « une femme anémiée, sans forces, en pleine période de choc péritonéal ». « Je prétends, disait-il, que la mort n'est point fatale à la suite des accidents, en apparence si formidables qui marquent le début d'une hématocele ». Cependant Lawson Tait écrivait dès 1886 « Dans la grande majorité des cas, cette rupture est mortelle et je suis convaincu qu'il n'est pas un gynécologue ayant quelque expérience qui n'en ait vu plusieurs cas. J'ai vu au moins 20 autopsies de femmes mortes de rupture de la trompe. La cause de la mort est inva-

riablement l'hémorragie et ce sont les vaisseaux maternels augmentés de volume au niveau du placenta qui sont la source de l'hémorragie ».

Les abstentionnistes. — Les vieux auteurs comp- taient sur un processus d'enkystement qui n'est pas la règle dans la forme d'hémopéritoine diffus.

Les temporisateurs. — De nos jours, les contro- verses ont pu reprendre, et certains Lyonnais, par ticulièrement Albertin et Desgouttes, se sont fait les défenseurs de l'abstention immédiate. En 1909, ils écrivaient « la règle doit être la temporisation. On ne doit pas opérer une malade dans la pé- riode cataclysmique, l'allure dramatique de l'inon- dation n'est pas fonction absolue de la quantité de sang perdu. Il existe une forme péritonitique de l'inondation. Peu de sang dans l'abdomen et alors réflexes violents simulant les grandes réactions péri- tonéales : pâleur, sueurs froides, pouls petit, pupilles dilatées, nausées, vomissements, extrémités froides ».

Ces auteurs sont partisans de l'expectative et quand la phase initiale de choc péritonéal est passée, ils interviennent dans un délai de 3 à 10 jours.

Mais à cette formule, Albertin faisait lui-même quelques réserves. « Les hémorragies à répétition sont pour nous la seule indication d'intervenir d'ur- gence. Si les signes d'anémie aiguë post-hémorragique s'aggravent plutôt que de voir succomber une ma- lade, il faut intervenir ».

Un autre Lyonnais, Patel, faisait les mêmes réserves. « Si dans les 2 ou 3 heures qui suivent l'ictus abdomi-

nal, le traitement médical n'a pas modifié le pouls et la tension artérielle, c'est que l'hémorragie continue, c'est qu'il faut intervenir, l'état de shock persistant n'est pas une contre-indication, car il tient surtout à la perte sanguine et non à des actions réflexes ».

Critique de l'abstention et de la temporisation. — A cette règle de conduite nous ne manquerons pas de faire quelques objections.

1^o Pourquoi ne pas se comporter ici comme devant toute hémorragie viscérale : une hémorragie du foie ou de la rate par exemple. Les indications d'hémostase ne sont-elles pas les mêmes ?

Le sang qui s'écoule souvent à flot à l'ouverture du péritoine signifie bien que la femme a saigné abondamment et n'arrive-t-il pas, qu'on trouve une artériole béante ? *Car dans l'inondation péritonéale les ruptures vasculaires jouent vraisemblablement un rôle plus important que les déchirures placentaires dans la genèse de l'hémorragie.*

C'est pourquoi nous ne saurions qu'approuver ces paroles de Pozzi : « Quand une hémorragie menace la vie d'une malade, il faut aller à la recherche de la source du sang, qu'il s'agisse d'une plaie extérieure ou d'une rupture intérieure. Temporiser, compter sur l'hémostase spontanée, c'est dans la grande majorité des cas, laisser mourir la femme pour ne pas assumer la responsabilité d'une opération, cent fois moins grave que l'attente ; si elle ne succombe pas sur le coup, la malade mourra d'une 2^e ou 3^e attaque hémorragique ».

2° Les abstentionnistes et les temporisateurs prétendent que la phase de choc passé, on sera dans de meilleures conditions pour intervenir. En réalité il est possible que la mort ne s'ensuive pas fatalement et immédiatement. Mais au bout de quelques jours l'amélioration ne sera pas certaine.

Ne nous arrive-t-il pas de voir à l'hôpital des femmes dont les accidents remontent à 24 ou 48 heures ? Elles sont dans un état extrêmement grave. Il suffit d'intervenir pour amener une véritable résurrection.

Une de nos opérées anesthésiée à la rachi, insistait sur le bien-être immédiat qu'elle avait ressenti dès la fin de l'opération. *C'est à se demander, si la présence de sang dans le péritoine ne serait pas la cause du choc lui-même.*

3° Le choc péritonéal est néanmoins indiscutable. Dans un certain nombre de cas il occupe une place prépondérante et sans doute il n'y aurait pas inconvénient à différer une intervention. Mais, comme il a été dit plus haut, il est impossible à la phase initiale des accidents de faire la part respective des facteurs qui entrent en ligne de compte.

4° Attendre, dira-t-on ? Mais n'est-ce pas méconnaître l'évolution de ces hémorragies intra-péritonéales qui se font *en plusieurs temps, par poussées successives* et qui forceront la main du chirurgien dans des conditions de plus en plus mauvaises.

Cette manière de voir ne semble d'ailleurs plus être le partage de tous les Lyonnais. L'un d'eux (Tavernier) écrivait récemment « Je me suis aperçu que les chi-

rurgiens étrangers nous croyaient tous à Lyon, solidaires de M. Albertin, dans sa doctrine de l'intervention systématiquement retardée, alors que nous sommes nombreux, je le sais, à considérer cette doctrine comme néfaste ».

Existe-t-il des cas susceptibles de temporisation ? La règle de l'intervention immédiate est applicable à la majorité des cas. Cependant, si pour des raisons indépendantes du chirurgien l'opération ne peut se faire dans de bonnes conditions, il est préférable de temporiser.

Ces malades, dont l'état est grave, ont avantage à être traitées par l'immobilisation et par la morphine, plutôt que d'être exposées aux dangers d'un transport et par cela même à la possibilité d'une reprise d'hémorragie.

L'intervention décidée, quelques points restent encore à régler. Avant tout, la question de l'anesthésie.

ANESTHÉSIE

L'éther sera utilisé de préférence par certains chirurgiens. Il aurait l'avantage de relever la tension artérielle toujours basse de ces malades. A ce titre-là, on peut le considérer comme le meilleur des anesthésiques. D'autres resteront fidèles au chloroforme et n'auront pas à s'en plaindre.

De toutes manières, l'anesthésie sera très légère. Des doses minimales sont suffisantes pour provoquer le

sommeil. Enfin il est d'autres chirurgiens qui portent leur choix sur la rachianesthésie. Cette dernière a été très discutée. On a prétendu qu'elle était à déconseiller, qu'elle pouvait être dangereuse dans tous les états d'hypotension, particulièrement dans l'inondation péritonéale. Sans lui donner nos préférences, nous ne pensons pas qu'elle ait des gros inconvénients.

Sur un total de 132 grossesses extra-utérines, opérées d'urgence pour accidents dramatiques à l'hôpital Tenon, nous avons pu dénombrer 31 rachianesthésies à la stovaine. Nous avons eu l'occasion d'en pratiquer personnellement un certain nombre. Dans aucun de ces cas, nous n'avons relevé d'accident mortel, survenant immédiatement après la rachi. Les cas de mort sur lesquels nous aurons à revenir ne semblent pas avoir été influencés par le mode d'anesthésie.

Sur ces 132 cas, dénombrés, nous relevons :

78 éther,

31 rachianesthésies à la stovaine.

6 chloroforme.

1 sans anesthésie,

16 (aucune indication sur l'anesthésique).

LAPAROTOMIE

L'opération doit être menée aussi rapidement que possible.

Position de Tredelenburg. — Certains chirurgiens condamnent la position de Tredelenburg. On a pré-

tendu que dans cette position le sang « se répandait dans la cavité péritonéale jusque sous la coupole diaphragmatique, pouvait s'insinuer dans l'arrière cavité des épiploons et être le point de départ de phénomènes infectueux ou d'adhérences » (Proust).

En réalité, l'importance n'est pas très grande. Cependant nous croyons qu'il est préférable de commencer l'intervention en position horizontale. Dès que la brèche péritonéale aura donné issue à l'épanchement sanguin, on inclinera la malade. Cette position sera plus commode pour le chirurgien. Elle sera, d'autre part, un moyen de combattre l'anémie bulbaire et au cours de l'opération même, on aura la surprise de voir les malades se recolorer.

Ouverture du péritoine. — Faut-il redouter, comme certains auteurs, l'ouverture du péritoine ? Nous ne le croyons pas. Jamais nous n'avons observé d'incident fâcheux et nous trouvons excessives ces paroles de Proust. « A ce moment, dit-il, il y a à redouter la possibilité d'une syncope. Pourquoi ? C'est que le sang, qui s'est épanché dans l'abdomen, y est sous une tension bien relative mais qui jusqu'à un certain point ralentit l'hémorragie. Quand on ouvre la cavité péritonéale le sang qui s'échappe au dehors provoque toujours un redoublement de l'hémorragie et la malade qui était sur la limite d'une syncope définitive a quelquefois cette syncope à ce moment précis ».

Le péritoine ouvert : la main ira à la recherche de l'utérus et de la trompe malade. Comment se comportera-t-on vis-à-vis de cette trompe ?

Salpingectomie ou castration. — Une seule opération paraît logique : c'est la salpingectomie ou la castration unilatérale.

On s'efforcera toujours, quand on le pourra, de garder l'ovaire du côté malade et d'enlever simplement la trompe (à cause des récidives possibles de la grossesse extra-utérine). Mais la chose est parfois malaisée. la trompe et l'ovaire se séparent mal et le chirurgien doit pratiquer une castration unilatérale.

Cette castration est d'ailleurs préférable, quand l'opération doit être menée rapidement (c'est le cas de l'inondation péritonéale), ou quand la salpingectomie seule est difficile et l'hémostase malaisée.

Cette castration ou cette salpingectomie sera faite au ras de l'utérus. Dans certains cas de grossesse isthmique interstitielle, il sera nécessaire de réséquer un coin utérin de manière à enlever la trompe en totalité y compris sa portion interstitielle. D'ailleurs, certains chirurgiens font systématiquement la résection de la corne utérine pour éviter le développement d'une grossesse ultérieure sur le moignon de la trompe extirpée.

Mais d'autres ont prétendu que cette pratique prédisposerait aux ruptures utérines dans les cas de grossesses ultérieures.

Quelle que soit la forme que l'on observe : rupture de la trompe, avortement tubaire, saignement tubaire, il faut se comporter de la même manière en enlevant la trompe malade. Willette rapporte le cas d'un chirurgien qui, devant l'aspect d'une trompe

paraissant non rompue (il s'agissait d'avortement tubaire) put refermer le ventre sans supprimer la cause de l'hémorragie : la trompe continua à saigner, la malade mourut le lendemain, ayant bien toléré l'intervention.

Les ligatures seront faites indistinctement au catgut, à la soie, au fil de lin, suivant les préférences de chacun.

GROSSESSES BILATÉRALES

La grossesse ectopique bilatérale, pose différents problèmes. Il faut distinguer plusieurs éventualités.

a) La femme atteinte d'inondation péritonéale est extrêmement saignée et shockée. Le sens commun indique qu'il faut s'en tenir au minimum. Il faut faire une castration bilatérale et laisser l'utérus en place. L'opération peut être ainsi menée à bien très rapidement.

b) Les conditions peuvent être différentes : la femme a un bon pouls, l'hémorragie n'est pas très abondante, on peut alors s'efforcer d'être conservateur, c'est-à-dire d'enlever les trompes, si possible, et de laisser l'utérus et un ovaire.

c) Sinon, les conditions d'opérabilité étant satisfaisantes, on peut pratiquer une hystérectomie abdominale subtotale.

Cette règle doit s'appliquer aux malades qui ont

subi une castration unilatérale pour salpingo-ovarite ou pour kyste de l'ovaire.

Une fois seulement, le cas s'est présenté pour nous :

Femme B..., 32 ans entre à l'hôpital Tenon avec les signes d'inondation péritonéale.

Malade opérée antérieurement d'un kyste de l'ovaire gauche.

Antécédents : 7 grossesses antérieures.

Intervention (Barret). Rachistovaïne. Sang dans le péritoine. Fissuration de la portion ampullaire de la trompe droite.

Hystérectomie abdominale supravaginale. Sort guérie le 22^e jour.

FAUT-IL LAISSER LE SANG DANS LE PÉRITOINE ?

La trompe ou les annexes enlevées, faut-il débarrasser l'abdomen de tout le sang qu'il contient ? Certains prétendent qu'il est impossible d'assécher complètement le péritoine. Aussi laissent-ils délibérément tout le sang et tous les caillots. Ce sang, disent-ils, ne joue aucun rôle fâcheux. Au contraire, par l'intermédiaire de la séreuse péritonéale, il sera réintégré dans le courant circulatoire et il y aura ainsi régénération de la masse sanguine.

Cette méthode n'est pas sans inconvénients et même sans dangers. Des accidents très divers peuvent se rencontrer.

1^o *Infection : Péritonite, paralysies intestinales, occlusion.* — Le sang laissé dans le péritoine peut

être un milieu de culture propice à l'infection. Nous avons eu l'occasion d'enregistrer dans ces conditions un décès au 5^e jour.

Femme P... 38 ans entre à l'hôpital Saint-Antoine avec les signes d'inondation péritonéale. Femme très saignée exsangue, vue 24 heures après le début des accidents.

Intervention (Barret). Rachistovaine. Ventre rempli de sang. Trompe gauche : grosse ampullaire gauche non rompue. Le saignement s'est fait par le pavillon, annexectomie gauche. La trompe droite présente une dilatation de la grosseur d'une noisette au niveau de l'ampoule, on l'ouvre, on enlève le caillot qu'elle contient et on met une ligature de chaque côté de cette dilatation ampullaire.

La malade étant assez shockée, on referme rapidement l'abdomen, après avoir *laissé tout le sang dans le péritoine*. Transfusion de 200 gr. avec l'appareil de Jubé.

Suites opératoires : dans les jours qui suivent, ventre ballonné, arrêt des gaz et des matières. Pouls rapide, température 38°9. *Subictère*. Vers le 5^e jour, syndrome d'occlusion par parésie intestinale. Température 40° pouls rapide, facies péritonéal.

Réouverture de l'abdomen : anses grêles distendues. Un peu de sang noirâtre laissé lors de l'intervention. Les pédicules n'ont pas lâché. Mort.

Il est certain que cette femme a succombé d'infection péritonéale avec parésie intestinale. Dire que cet insuccès doit être attribué uniquement à l'épanchement sanguin, serait peut-être une explication facile. Malgré tout nous pensons que la présence de sang, n'a pas été étrangère à l'infection.

Un certain nombre d'auteurs ont rapporté des ennuis venant du non assèchement, du péritoine en particulier, d'occlusion intestinale, de péritonite,

de collection du Douglas, d'adhérences douloureuses (Aigrot, Zweifel).

2° *Collection du Douglas, hématomes résiduels.* —

Ces collections du Douglas, ces hématomes résiduels ne sont pas exceptionnels. Lenormant rapporte deux observations où le sang avait été laissé, sinon en totalité, du moins partiellement puisqu'il fut obligé de pratiquer secondairement une colpotomie postérieure pour évacuer des hématomes résiduels. Dans un cas, la colpotomie fut pratiquée le lendemain de l'intervention et donna issue à deux verres de sang noir. Dans l'un et l'autre cas, les malades avaient de la fièvre et présentaient un cul-de-sac postérieur, bombant dans le vagin.

3° *Accidents urémiques.* — Des accidents d'un autre ordre peuvent survenir. Ce sont des accidents urémiques avec coma, augmentation du taux de l'urée sanguine, présence d'albumine dans les urines.

Voici l'observation d'une malade opérée d'urgence par M. Picot (chirurgien de garde) à l'hôpital Laënnec.

Femme Ch..., 26 ans entre dans la nuit du 28 novembre 1920 à l'hôpital Laënnec.

Malade exsangue. Signes d'inondation péritonéale.

Intervention. Rachi à la novocaïne.

A l'ouverture du ventre qui est plein de sang, on trouve un fœtus de 10 cm. et son placenta. Le fond utérin est éclaté au niveau de la corne utérine gauche, les bords sont si déchirés qu'il apparaît plus rapide et plus sûr de faire une hystérectomie subtotal. Le sang est laissé complètement dans l'abdomen. Fermeture sans drainage, 1 litre de sérum intraveineux. Environ 7 heures après l'opération, l'opérée tombe brusquement dans le coma. A ce moment, pouls rapide 115 à

120, mais bien frappé. T. A. : Pachon, max. 7 à 8; min. : 4; urée sanguine 0,77., un peu d'albumine dans les urines. Pas de Babinski. La malade sort du coma au bout de six heures.

TOILETTE DU PÉRITOINE

Mais pour bien assécher le péritoine, il n'est pas d'autre moyen que de remettre la malade en horizontale avant de fermer l'abdomen. Le sang épanché au-dessus du mésocolon s'écoule ainsi dans le petit bassin. De cette manière on aura quelquefois la surprise de retrouver un embryon perdu au milieu des anses intestinales (Mondor).

APPENDICECTOMIE

Cette question ne se pose pas dans les conditions habituelles de l'inondation péritonéale. On ne saurait l'envisager que dans les cas particuliers où il y aurait coexistence d'appendicite aiguë et de grossesse extra-utérine compliquée.

Témoin rapporte l'histoire d'une malade qui avait une grossesse tubaire droite rompue et un appendice adhérent à la poche et en voie de sphacèle.

DRAINAGE

· Ou alors quand on n'évacue pas le sang, il n'est

peut-être pas indifférent de laisser un drainage qui en permette l'issue dans les jours qui suivent.

Certains même sont partisans du drainage systématique. Si minutieux que soient les soins apportés à la toilette du péritoine, disent-ils, il reste toujours une petite quantité de sang qui s'accumule dans le Douglas et peut être la cause de ces petits ennuis signalés plus haut : collection retro-utérine ou adhérences douloureuses du petit bassin.

Bonamy, écrivait en 1921 « Je crois que ce résidu plus ou moins considérable de sang est un merveilleux bouillon de culture où le moindre germe aura toute facilité de se développer d'autant que ces malheureuses opérées sont exsangues, blanches, en véritable état de *shock*, sans aucune force de réaction et peu capables de réagir contre la plus petite, la plus minime infection ».

Après avoir été délaissé, il semble qu'à l'heure actuelle une certain revirement se dessine en sa faveur.

Le reproche d'être une cause d'infection ne semble pas justifié. On peut le considérer comme une soupape de sûreté.

Dans la majorité des cas nous le tenons pour inutile à la condition d'assécher le péritoine. Sinon, nous croyons préférable de drainer pendant 24 ou 48 heures.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Le traitement post-opératoire sera celui de toutes

les hémorragies graves. Sérum sous-cutané ou intra-veineux ou intra-rectal.

Au besoin transfusion sanguine.

Il n'y a aucun inconvénient à pratiquer ce traitement avant l'intervention si la femme est dans un état de faiblesse extrême. Que faut-il penser de la transfusion ? Une fois seulement nous avons jugé utile de la faire. La plupart du temps les choses s'arrangent bien. Certaines malades exsangues au pouls incomptable, aux extrémités refroidies, guérissent fort bien. On ne saurait donc imputer au sérum ou à la transfusion, des guérisons miraculeuses. Mais il faut bien reconnaître que ce sont des adjuvants précieux dans les facteurs thérapeutiques.

Certains mêmes ont été jusqu'à réinjecter dans les veines une certaine quantité du sang épanché dans le péritoine (Topler). Cette pratique paraît totalement délaissée à l'heure actuelle.

X. TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE NON ROMPUE ET DE L'HÉMATOSALPINX

A) *A quel moment faut-il intervenir ?* — L'urgence ne se fait pas sentir de la même manière que précédemment.

Mais « l'expectative armée » doit être la règle si on a pu faire le diagnostic.

De toutes façons on ne saurait différer trop longtemps l'intervention sous peine de s'exposer à des surprises fâcheuses.

« Une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain ; elle est à la merci d'une rupture qui peut être foudroyante et ce sont là des risques que nous n'avons pas le droit de lui laisser courir » J.-L. Faure.

B) *Anesthésie.* — La question du mode d'anesthésie importe peu et la rachianesthésie par exemple ne saurait être rejetée pour les raisons que nous donnions dans un chapitre précédent.

C) *Laparotomie.* — Sans aucun inconvénient on pourra mettre ces malades en déclive comme pour toute opération gynécologique.

Le seul traitement logique est la laparotomie. « La laparotomie précoce, voilà la véritable intervention pour la grossesse ectopique du début. Elle

est alors si simple dans sa technique, si certaine dans ses résultats qu'on ne doit plus hésiter en sa faveur » (Cestan).

Le ventre ouvert on agira différemment suivant les cas :

Salpingostomie. — La salpingostomie semble avoir perdu avec quelque raison la faveur des chirurgiens. C'est une opération qui est, dans la forme qui nous occupe, difficile et délicate. Entre certaines mains, elle a pu donner de bons résultats. Mais ce sont des cas d'exception.

Patel rapporte l'histoire d'une femme dont la trompe droite fissurée à son pavillon sur une petite étendue fut conservée (la trompe gauche présentant des lésions de salpingite fut enlevée). Cette femme fit une grossesse extra utérine itérative.

Cette lui-même eut à se louer de ce mode de traitement.

Salpingectomy ou castration. — On pratiquera donc soit la castration unilatérale, soit la salpingectomy.

Les préférences devront aller à cette dernière, si c'est possible. La conservation de l'ovaire du même côté peut être intéressante, comme nous le disions plus haut. Nous savons en effet la fréquence des récidives. Si dans une intervention ultérieure on est obligé de faire une castration du côté opposé, le sacrifice de l'utérus ne s'imposera pas. Mais la plupart du temps, l'ovaire est très adhérent à la trompe, il est lui-même malade et l'annexectomie est rendue nécessaire.

Il faut l'accepter d'ailleurs dans tous les cas où l'hémostase est difficile. Plutôt que de pratiquer une opération qui présente quelque risque ultérieur (hémorragies secondaires), on n'hésitera pas à pratiquer cette castration des annexes malades.

D) *Grossesse bilatérale.* — Ici encore, pas de règle absolue. Si la salpingectomie uni ou bilatérale est possible, on pourra s'en tenir là, et éviter l'hystérectomie et ses conséquences fâcheuses chez des femmes jeunes.

Sinon, on pratiquera une hystérectomie subtotale. L'opération est sans risques quand la grossesse extra-utérine n'est pas rompue ou qu'elle se présente sous forme d'hématosalpinx.

E) *Appendicectomie.* — L'appendicectomie peut être le complément de la salpingectomie ou de la castration.

A froid, il n'y a aucun inconvénient à prolonger de quelques minutes l'intervention. Il faut même toujours vérifier l'appendice. Témoin rapporte le cas d'une poche d'hématosalpinx fusionnée avec l'appendice qui présentait des dimensions énormes.

F) *Drainage.* — La question ne se pose pas. Une opération faite aseptiquement ne justifie aucunement le drainage.

G) *Soins post-opératoires.* — Il n'y a pas lieu de les envisager d'une façon particulière.

Opérer les malades dans de telles conditions ne comporte qu'un minimum de risques.

XI. TRAITEMENT DE L'HÉMATOCÈLE PROPREMENT DITE

A. TRAITEMENT DE L'HÉMATOME PÉRITUBAIRE

Le traitement de l'hématome péritubaire sera celui de l'hématosalpinx. Il n'y a d'autre différence que la présence de quelques caillots autour de la trompe dilatée, fissurée ou rompue ce qui nécessite un nettoyage soigneux du péritoine. Il faudra s'en tenir aux règles édictées plus haut.

B. TRAITEMENT DE L'HÉMATOCÈLE ENKYSTÉE

Qu'il s'agisse de la forme enkystée ou en voie d'enkystement, il est nécessaire d'intervenir. La disparition de ces gros épanchements du Douglas n'a aucune tendance à se faire spontanément. Aussi ne saurait-on plus admettre la vieille formule de Poncet « La guérison est la règle surtout si l'on s'abstient de tout traitement chirurgical ».

Mais il faut bien savoir que, cliniquement, il est parfois difficile d'apprécier exactement le volume de la tuméfaction qu'on sent au doigt. On peut-être trompé par l'étendue et la fixité de la masse san-

guine enkystée. Aussi le chirurgien doit-il s'attendre à des surprises. Parti pour une intervention bénigne, il peut être amené à faire une opération beaucoup plus large et beaucoup plus grave.

A quel moment faut-il intervenir. — Il n'y a pas intérêt à trop attendre. L'épanchement peut dater de quelques semaines, et l'on est en droit de redouter soit les poussées successives, soit l'infection. Les poussées de température que l'on observe sont sans doute le fait d'une infection commençante.

Intervention. — La nécessité d'intervenir s'impose dans presque tous les cas. Les vieux auteurs pensaient que des épanchements enkystés, souvent très volumineux arrivaient à disparaître à la longue par le repos, quand ils étaient amenés à intervenir, c'était pour des complications telles que les compressions sur les organes voisins : la vessie, le rectum, l'uretère ou bien pour des poussées de pelvipéritonite et d'infection généralisée. On conçoit donc que dans de telles conditions ils aient été un peu effrayés par la laparotomie et qu'ils aient donné leur préférence à la colpotomie.

La colpotomie. — Cependant, elle fut toujours combattue par Lawson Tait, qui défendait la voie abdominale. Incontestablement, c'est la voie la meilleure. Elle permet de faire une opération complète et non pas aveugle, elle permet d'enlever la trompe malade, de nettoyer le petit bassin, de faire l'hémostase et de prévenir des accidents d'hémorragie, de compression et d'infection.

La colpotomie peut, en effet, exposer à ces accidents

et des auteurs ont signalé des reprises d'hémorragie après incision du cul-de-sac vaginal postérieur. Routier après colpotomie, fut obligé de faire une laparotomie, la malade continuant à saigner. Ce cas fut aussi celui de Boldt. Malgaigne eut une hémorragie extrêmement violente par cette voie et pourtant l'hématocèle datait de deux ans environ. Cestan, devant les difficultés de l'intervention par voie abdominale préconise dans sa thèse l'elytrotomie ou colpotomie. Cependant il reconnaît que certaines formes d'hématocèle enkystée ne se prêtent pas toujours à ce traitement, en particulier ces épanchements qui gênés par des adhérences antérieures, se sont accumulés très haut, aux confins des fosses iliaques en avant et au-dessus de l'utérus.

Mais comment doit-on se comporter, si, par suite d'une erreur de diagnostic, la colpotomie ouvre une poche de sang et de caillots et révèle une hématocèle insoupçonnée ? D'après Lenormant il faut alors « par voie haute vérifier le point de départ de l'hémorragie et assurer l'hémostase directe ». Dans un cas, il a pratiqué, séance tenante, une salpingectomie par voie abdominale.

Nous nous sommes conduit de la même manière dans un cas analogue où nous avons fait une erreur de diagnostic. (Observation, femme Ch..., rapportée page 70).

Quelques chirurgiens prétendent cependant que c'est inutile sauf si l'hémorragie est très abondante. Sorrel s'est contenté de faire un tamponnement chez une femme opérée dans ces conditions.

Laparotomie. — Lorsqu'il n'y a pas d'infection, c'est-à-dire lorsque la masse sanguine n'évolue pas vers la suppuration ou l'abcès du Douglas, il est nécessaire, croyons-nous, pour parer à des accidents fâcheux d'intervenir par voie haute.

Il est difficile à l'avance, d'indiquer une ligne de conduite. Mais avant tout on s'efforcera d'être conservateur malgré des lésions souvent importantes.

A l'ouverture de l'abdomen on constate le plus souvent une barrière d'adhérences masquant le Douglas, et même tout le petit bassin où sont accumulés des caillots en voie d'organisation. L'utérus est perdu dans cette masse sanguine plus ou moins organisée, les annexes ne sont pas reconnaissables. Il est certain qu'en pareille occurrence il faut se résoudre à pratiquer l'hystérectomie abdominale subtotale. Il n'est pas d'autre moyen pour faire une hémostase soigneuse et nettoyer le petit bassin.

Mais l'hystérectomie sera toujours un pis aller, car l'ablation totale des organes génitaux ne va pas sans inconvénients chez des femmes habituellement jeunes.

Castration. — Souvent, les lésions sont moins importantes. On s'efforcera alors de conserver l'utérus et les annexes du côté opposé, tout au moins un ovaire avec l'utérus si c'est possible. Malgré les difficultés qui se présentent à agir de la sorte, nous voyons là de gros avantages à cette castration unilatérale.

Grossesses bilatérales. — Ici l'hystérectomie sera nécessaire dans presque tous les cas.

La conservation de l'utérus et d'un ovaire sera rarement possible, l'ovaire et la trompe étant englobés dans la masse collectée et enkystée.

Appendicectomy. — Dans ces formes enkystées, il faut toujours vérifier l'appendice. Il peut en effet, être adhérent à la poche et être enflammé. C'est pourquoi on n'hésitera pas à l'extirper, s'il présente la moindre lésion.

Drainage. — Dans quelques cas on pourra s'en dispenser. Tout dépendra de l'importance et de l'âge de l'hématocèle.

Le plus souvent, il existe des surfaces cruentées et saignantes, il n'est pas possible de péritoniser, il est alors prudent de drainer :

1° *En cas de castration.* — Si l'on a pu être conservateur (et on s'efforcera toujours de l'être), on laissera un drain simple dans le Douglas, ou bien un drain et des mèches au contact des surfaces déperitonisées. Au bout de 36 ou 48 heures, tout danger écarté, on pourra supprimer le drainage. Cette manière de faire ne nous a jamais donné aucun ennui.

2° *En cas d'hystérectomie.* — Devant cette éventualité le drainage s'imposera dans la presque majorité des cas, car les lésions sont importantes.

Le drainage vaginal avec mèches après péritonisation vessie-colon permet d'isoler le petit bassin de la grande cavité péritonéale.

Mais le drainage par voie haute avec mèches ou avec Mikulicz trouve aussi ses indications suivant les préférences du chirurgien.

C. TRAITEMENT DE L'HÉMATOCÈLE SUPPURÉE

Cette éventualité est assez rare de nos jours. Le diagnostic causal n'est pas fait avant l'intervention. On se trouve en présence d'une collection du Douglas.

Colpotomie. — On pratique une colpotomie qui donne issue à une collection purulente *sanguinolente* mélangée de caillots. Là se bornera l'intervention. On ne saurait songer intervenir par voie haute sans craindre de propager l'infection à la grande cavité péritonéale.

Drainage. — Le drainage de cette cavité sera prolongé pendant quelques jours suivant l'abondance de la suppuration. Il y a intérêt à débarrasser ainsi les malades de collections suppurées qui d'ailleurs ont une tendance spontanée à s'ouvrir à l'extérieur par les voies naturelles.

XII. RÉSULTATS

Après avoir étudié les indications thérapeutiques de la grossesse extra-utérine, il faut envisager les résultats opératoires. Or il faut bien le dire, l'intérêt de ce chapitre ne peut porter que sur l'inondation péritonéale. Qu'il s'agisse d'hématosalpinx, d'hématocèle récente ou enkystée, peu importe le moment où il faut intervenir. Il n'en est plus de même dans cette forme dramatique où deux voies s'offrent au chirurgien : intervenir ou temporiser.

Les cas de mort chez des femmes non opérées en un temps où l'abstention systématique était de rigueur, sont extrêmement nombreux, s'il faut en croire la thèse de Cestan et, malgré l'éloignement, ces faits bien observés n'en gardent pas moins toute leur valeur.

Cela ne veut pas dire que l'intervention immédiate fournisse des statistiques absolument blanches.

Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de faire la statistique d'un grand hôpital parisien pendant une période donnée.

Grâce à l'obligeance du docteur Proust, et de notre maître le docteur Riche qui ont bien voulu mettre leurs cahiers d'observation à notre disposition, nous avons pu faire ainsi le relevé des inondations péri-

tonéales opérées d'urgence à l'hôpital Tenon par les chirurgiens de garde et les internes pendant une période de 6 ans. Nous avons noté un total de 132 inondations ayant nécessité une intervention immédiate. Ce chiffre est légèrement inférieur à la réalité, mais les observations insuffisantes n'ont pas été utilisées par nous dans cette statistique. Sur ce chiffre de 132, nous avons relevé 12 décès répartis de la façon suivante :

Mort immédiate : 1 cas de mort par anémie suraiguë, castration unilatérale, chloroforme

1 cas de mort au bout de quelques heures par anémie l'autopsie n'a rien montré, castration unilatérale, éther.

1 cas de mort une demi-heure après l'intervention, par anémie, malade très saignée, castration unilatérale, opérée sans anesthésie,

Mort précoce : 1 cas de mort au 4^e jour, septicémie. castration.

1 cas de mort au 6^e jour, phénomènes infectieux, castration.

1 cas de mort au 5^e jour, phénomènes infectieux, température, hystérectomie, rachi.

1 cas de mort au 5^e jour, syndrome occlusif, après ablation

des annexes droites. Réouverture. Il s'agit d'une deuxième extra-utérine rompue. Rachi.

Mort éloignée : 1 cas de mort au 31^e jour d'infarctus pulmonaire, suture d'une perforation au niveau d'un moignon de trompe, éther.

Nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur les autres cas de mort qui se répartissent ainsi :

3 cas : castration, éther.

1 cas : hystérectomie, rachi.

Donc la mortalité immédiate et tardive est environ de 9.09 %. La statistique de Cestan accusait une mortalité de 21,3 %

Comment expliquer ces différents échecs ?

1^o Incontestablement certaines malades succombent dans les premières heures d'anémie suraiguë.

Dans cette catégorie il faut encore signaler certains insuccès dûs à des hémorragies secondaires par glissement des ligatures.

2^o Il est des décès qui surviennent à une date plus éloignée à partir du 5^e jour. Dans ces cas les accidents infectieux sont presque toujours en cause. On observe généralement une élévation de la température, un ventre météorisé, douloureux et un syndrome d'occlusion intestinale. En réalité il s'agit de péritonite généralisée.

3^o Enfin d'autres malades succombent beaucoup plus tardivement.

Après l'opération, elles accusent un point de côté, de la dyspnée sans signes stéthoscopiques très nets. La courbe thermique présente des oscillations que n'explique aucun signe local. Puis brusquement ces malades sont emportées en l'espace de quelques minutes.

Il s'agit là d'accidents pulmonaires comme nous avons pu le vérifier à l'autopsie d'une de nos opérées.

XIII. LES AVANTAGES DES MÉTHODES CONSERVATRICES

Du traitement de la grossesse extra-utérine il faut retenir que la méthode conservatrice doit être préférée à toute autre. On sait, en effet, que dans la crainte de récidives ultérieures certains ont préconisé non seulement l'ablation de la trompe malade, mais encore l'ablation de la trompe saine, dans presque tous les cas. Nous ne pouvons à l'heure actuelle nous ranger à cette manière de voir. En effet les statistiques montrent que le taux des récidives n'est jamais très élevé : 5 à 6 % en moyenne. Il est de 5,26 % dans les statistiques de Hohnberg (152 cas) de 5,3 % (Madlener), 4,5 % (Hada), 7 % (Wertheim). Il est un peu plus élevé dans celle de Richard R. Smith 14 %. Lejars rapporte 3 récidives sur 63 grossesses extra-utérines et Albertin 5 sur 80 cas.

Encore parfois a-t-on pu voir évoluer une grossesse normale entre deux grossesses tubaires. Mais les grossesses normales survenant après grossesse ectopique sont loin d'être exceptionnelles. D'après Hartmann et Bergeret 13,8 % de leurs opérées auraient eu des grossesses normales et la proportion des récidives serait la même. « Ce chiffre un peu faible de grossesses consécutives à l'opération peut s'expliquer par ce

fait que beaucoup de femmes redoutent la grossesse et l'évitent de peur de nouveaux accidents ». (Hartmann-Bergeret).

A la clinique de Cologne la proportion est plus élevée. Sur 109 malades opérées et guéries, 41 sont devenues enceintes, quelques-unes parfois très rapidement après l'intervention. C'est un taux de 35 %.

Funck-Brentano a retrouvé 188 grossesses normales après grossesse extra-utérine.

Tous ces chiffres sont un éloquent plaidoyer en faveur des interventions conservatrices.

XIV. HÉMATOLOGIE

Il nous a paru intéressant de faire quelques recherches hématologiques chez ces malades atteintes de grossesse extra-utérine.

Nos résultats concordent en partie avec ceux des auteurs qui ont étudié la question (Caliri, Lilian-Farrar, Sproat-Heaney).

Ces résultats présentent quelques variantes dans l'inondation péritonéale et dans l'hématocèle proprement dite.

INONDATION PÉRITONEALE

La tension artérielle tombe brusquement, mais elle a tendance à remonter très rapidement après l'opération. Chez une de nos opérées, femme G..., opérée le 1^{er} février 1926, nous avons noté :

Max. : 11	}	avant l'intervention.
Min. : 8		
Max. : 13	}	8 heures après l'opération.
Min. : 8		
Max. : 15	}	18 heures après l'opération.
Min. : 8		

Chez une autre femme B..., opérée le 20 septembre 1926 :

Max. : 9	}	avant l'intervention.
Min. : 6		
Max. : 12	}	4 jours après l'intervention.
Min. : 9		

C'est dire qu'il y a toujours une chute brutale de la tension suivie d'un relèvement très rapide, d'après les différents examens pratiqués.

Les phénomènes hématologiques qui accompagnent l'inondation sont identiques à ceux qui suivent les hémorragies traumatiques : un syndrome d'anémie post-hémorragique est ainsi réalisé.

Deux phases sont à considérer :

1^o Celle de la spoliation sanguine ;

2^o Celle de la rénovation.

1^o *Phase de la spoliation sanguine.* La chute globulaire est en rapport avec l'importance de l'hémorragie.

Hématies. — Dans les cas étudiés, le chiffre des hématies oscille entre 2.000.000 et 3.200.000. Si l'on adopte comme chiffre moyen normal 4.500.000 c'est donc une réduction de la moitié ou du tiers du nombre des globules rouges.

Cette déglobulisation se fait en deux temps. Si une numération a été faite avant l'intervention, on note une première diminution des hématies qui correspond à l'accident hémorragique.

Après l'intervention, deuxième chute globulaire. Les pertes sanguines qu'entraîne l'acte opératoire, bien que peu importantes accentuent les effets de la première hémorragie qui n'est pas encore compensée.

Hémoglobine. — Le taux de l'hémoglobine subit un fléchissement non moins marqué, il oscille entre 50 et 65.

Valeur globulaire. — La valeur globulaire varie peu puisque les deux termes du rapport ont diminué parallèlement.

Leucocytes. — Tandis que l'on note la raréfaction des hématies, on observe une augmentation marquée du nombre des leucocytes qui atteint et souvent même dépasse 20.000, toute complication infectieuse pouvant être éliminée.

Cet afflux leucocytaire précédant la période de réparation et s'atténuant même avec celle-ci ne peut être considérée seulement comme une manifestation de l'activité réparatrice des centres hématopoïétiques, il paraît être aussi une conséquence de l'arrivée du plasma interstitiel en plus grande abondance.

L'équilibre leucocytaire est modifié au profit des polynucléaires neutrophiles, dont le taux dépasse constamment 75 et atteint fréquemment 80 et 90.

Ces modifications numériques sont les seules que l'on puisse observer à cette phase : les éléments figurés du sang sont normaux, il n'y a ni stigmates d'anémie, ni signes de rénovation.

2^e Phase de rénovation sanguine. Son intensité et sa durée ne dépendent pas seulement de la quantité de sang perdue, d'autres facteurs interviennent (âge, état physiologique du sujet).

Elle débute en général dans les 48 heures qui suivent l'intervention et on peut la diviser en deux périodes.

Dans la première, le nombre des hématies augmente

rapidement, le gain journalier moyen étant de 150.000 ce qui correspond à une réparation très rapide, par contre le taux de l'hémoglobine s'accroît peu, il augmente en moyenne de 1,2 par jour, il en résulte un abaissement de la valeur globulaire qui ne dépasse guère 0,75.

Dans la deuxième période de la rénovation, la réduction leucocytaire est moins accentuée, mais ramène néanmoins le chiffre des leucocytes à une limite voisine de la normale.

La polynucléose s'atténue parallèlement, mais cependant persiste légère un certain temps.

Pendant cette phase de régénération l'examen des préparations colorées révèle en outre des modifications morphologiques intéressantes qui sont autant de signes de réaction médullaire : l'inégalité de diamètre des hématies, c'est-à-dire l'anisocytose est frappante, les mégaloctes prédominent nettement : les cellules de nouvelle formation étant plus volumineuses que les éléments adultes.

Nous avons observé quelquefois une poikilocytose légère et fréquemment de la polychromatophilie : les hématies basophiles, pauvres en hémoglobine étant naturellement d'autant plus nombreuses que le taux d'hémoglobine s'est plus abaissé et se relève plus lentement par rapport au chiffre des hématies.

Enfin on voit apparaître, mais d'une façon très inconstante des hématies nucléées du type normoblastique et plus rarement encore quelques myélocytes neutrophiles.

Quinze à vingt jours après l'opération le sang a repris ses caractéristiques normales : numériques et morphologiques. Seul le taux d'hémoglobine reste diminué quelque temps encore, l'élaboration d'une substance aussi complexe que l'hémoglobine se faisant plus lentement que la régénération globulaire pour laquelle une moelle osseuse normale a des réserves toujours prêtes.

HÉMATOCÈLE

Dans cette forme la tension artérielle ne présente pas de modifications importantes. L'abaissement qui existe en général est léger et n'a rien de comparable avec ce que l'on observe dans la forme précédente.

Au point de vue sanguin les phénomènes sont moins accentués.

Le chiffre des hématies n'a été trouvé qu'une seule fois inférieur à 3.000.000 (2.900.000).

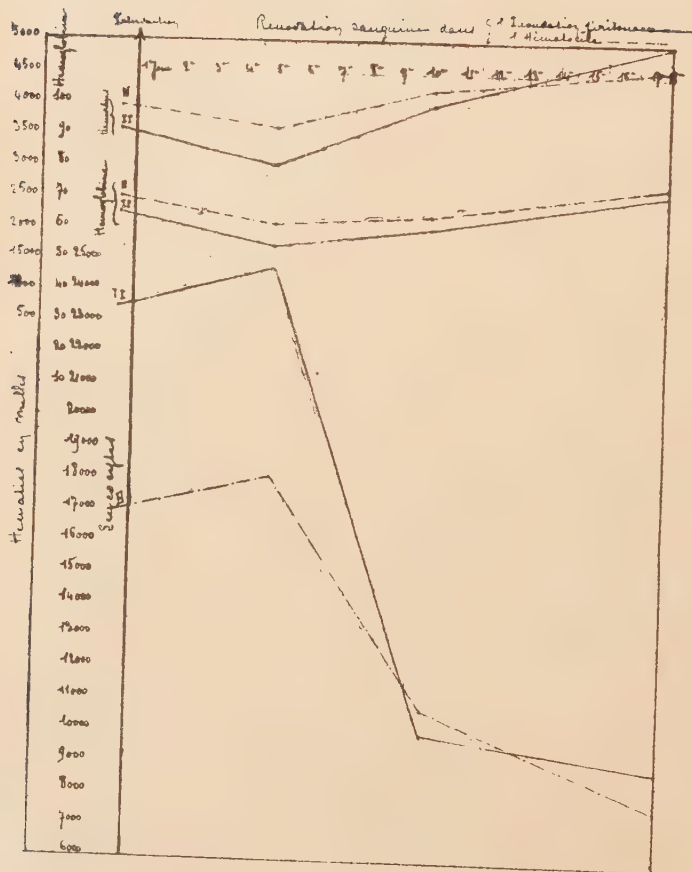
Le taux d'hémoglobine est moins diminué.

L'hyperleucocytose est moins constante et beaucoup moins marquée.

La polynucléose paraît habituelle et transitoire.

Le déficit général étant moins grand, la réparation est moins intense et les signes de rénovation moins évidents. Comme dans l'inondation péritonéale, le sang a repris sa constitution normale vers le 20^e jour.

Ce graphique représente la courbe hématologique de deux types schématisés l'un d'inondation péritonéale (I.P.), l'autre d'hématocèle (H.).



CONCLUSIONS

Nous avons envisagé au cours de cette étude, la grossesse extra-utérine, et principalement la grossesse tubaire, en nous plaçant uniquement sur le terrain chirurgical.

1° Nous avons essayé de montrer les difficultés de son diagnostic au début de son évolution et la latence de ses symptômes quand elle n'est pas arrêtée ou interrompue par une complication.

2° Nous nous sommes même demandé si les vrais signes de la grossesse ectopique (tout au moins les signes donnés comme classiques) n'apparaîtraient pas seulement dès la mort de l'œuf.

3° On a pu décrire des types cliniques d'inondation péritonéale à allure un peu particulière où la prédominance de certains symptômes aurait entraîné des erreurs de diagnostic parfois très grossières. A vrai dire ces erreurs ne résistent pas à la recherche attentive des signes cardinaux de l'inondation péritonéale. Cependant il est des hémorragies intra-péritonéales par rupture de kyste hématique de l'ovaire ou même des avortements à tendance syncopale qui peuvent légitimer certaines confusions.

4° Nous nous sommes efforcé de préciser par la clinique et le laboratoire la part qui dans les accidents généraux de l'inondation péritonéale revient à l'hémorragie et celle qui dépend du choc péritonéal. Les

recherches *hématologiques* personnelles faites dans ce sens ne nous ont pas permis d'apporter des conclusions très probantes à cet égard.

5° Nous avons schématisé les différents types cliniques de l'hématocèle enkystée en montrant la rareté relative de la vieille forme classique décrite par A. Nélaton, en insistant sur les hématomes péritubaires et la forme salpingienne dont Lapointe a montré l'importance et la fréquence.

6° Nous avons recueilli deux nouvelles observations d'une forme curieuse de grossesse extra-utérine, la *nidation de l'œuf se faisant sur le moignon d'une trompe enlevée antérieurement*.

7° Enfin nous avons précisé les indications opératoires et la technique des interventions que commandent les accidents de la grossesse ectopique en insistant particulièrement :

a) en ce qui concerne l'inondation péritonéale sur le moment de l'intervention, sur le mode d'anesthésie, sur la conduite à tenir en présence du sang épanché dans l'abdomen.

b) en ce qui concerne l'hématocèle enkystée ou en voie d'enkystement sur les indications et les avantages respectifs des voies hautes et des voies basses.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

PAUL LAPIE.

VU :

Le Président de Thèse,
M. LE PROF^r SÉBILEAU.

VU :

Le Doyen,
M. ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUINET. — *De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques* (Thèse de Paris 1903).
- ALBERTIN et DESGOUTTES. — Lyon chirurgical 1^{er} mars 1909, page 459.
- ALBERTIN. — Société de chirurgie, Lyon chirurgical, 26 janvier 1922.
- AUVRAY. — *Gynécologie et obstétrique*, 1923, tome VIII, n° 4, page 341.
- AUVRAY et DELATER : *Un cas de grossesse tubaire rompue avec existence de grossesse utérine*. Société d'anatomie, juin 1923.
- AUVRAY. — *Etudes de quelques formes rares de la grossesse tubaire* (Bulletin de l'Académie de Médecine, séance du 4 novembre 1924).
- BACULESCU. — *Etude statistique sur la grossesse extra-utérine* Gazette des Hôpitaux, 24 août 1908.
- BAZALGETTE. — *Des grossesses tubaires méconnues* (Thèse de Paris 1904-1905).
- BELAICHE. — *Le signe du Douglas dans les ruptures de grossesse tubaire* (Thèse de Paris 1925).
- BENDER et MARCILLE. — *Inondation péritonéale due à la rupture d'un petit kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire*. Bulletins de la Société anatomique, juillet 1904.
- BONAMY. — *Doit-on drainer après les laparatomies pour inondation péritonéale*. (Société des chirurgiens de Paris, 7 janvier 1921).
- BONNET. — *Etude sur le diagnostic de l'inondation péritonéale et de l'appendicite aiguë* (Gynécologie et Obstétrique, n° 1, 1925).

- BRÉCHOT. — *Diagnostic de la grossesse ectopique au début.* (Pratique médicale française, février 1924, n° 3).
- BURNIER. — *Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine* (Revue de chirurgie, juin 1912).
- CALIRI. — *Contribution à l'étude de la leucocytose et de la formule leucocytaire dans les suppurations pelviennes et dans la grossesse extra-utérine* (Annali di obstetrica e gynecologia, n° 1, avril 1910).
- CATHOMAS. — *Diagnostic différentiel entre l'appendicite aiguë et la rupture d'une grossesse tubaire* (Beiträge zur klinische chirurgie, 1909).
- CATURANI. — *A quel degré faut-il nous reposer sur l'examen microscopique pour soutenir le diagnostic de grossesse tubaire.* Presse médicale, 1909, page 539.
- CAZIN. — *Appendicite et grossesse tubaire.* (Société des chirurgiens de Paris, 1 février 1910).
- CESTAN. — *Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne* (Thèse de Paris 1891).
- CHATON. — *Sur une topographie particulière de l'épanchement sanguin dans le cas de grossesse extra-utérine rompue l'hématome pariéto-colique gauche.* (Presse médicale, juillet 1924, n° 56, page 587).
- CHEVALIER. — *Sur une série de cas de grossesse extra-utérine* (Bulletin de la Société de Chirurgie, 1902, page 902).
- CHUECO. — *Abstention dans l'avortement tubaire.* (La semaine médicale, n° 32, août 1925).
- COTTE. — *De l'inondation péritonéale, intervention immédiate ou retardée.* (Lyon chirurgical, 1921, page 533).
- COTTE. — *Sur l'étiologie et le traitement des grossesses tubaires* (Lyon chirurgical 1922, page 665).
- COTTE. — *Statistique de grossesse extra-utérine* (Société de chirurgie de Lyon, 19 avril 1923.)
- COURTY. — *Rupture en plusieurs temps de la grossesse extra-utérine.* (Journal des sciences médicales de Lille, n° 17, avril 1925).
- COUVELAIRE. — *Etude anatomique sur les grossesses tubaires,* (Thèse de Paris, 1901).
- CROUSSE. — *Société belge d'obstétrique et de gynécologie in-*

gynécologie et obstétrique, 1923, tome VIII, n° 4, page 357).

CROUSSE. — *Kyste du corps jaune. Hémorragie intra-péritonéale cataclysmique.* (Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles, 15 décembre 1924).

DARTIGUES. — *Grossesse ectopique interstitio-isthmique rompue.* (Paris chirurgical, n° 7, 1922).

DAUPHIN. — *Travaux récents sur la grossesse extra-utérine.* (Progrès Médical, n° 37, 12 septembre 1925, P. 1350).

DELORE, MALLET GUY, VACHEY. — *A propos de trois avortements tubaires.* Lyon médical, n° 52, 1924.

DEPAGE. — *Rupture de l'ovaire. Hémorragie intra-péritonéale joudroyante.* Annales de la Société Belge de chirurgie, 1898.

DIÉTRICH. — *Au cours d'une laparatomie pour grossesse extra-utérine doit on enlever l'autre trompe ?* (Zentralbl. für Gynak, n° 14, 1921).

DIONIS du SÉJOUR. — *Inondation péritonéale au cours d'une grossesse ectopique sans aucun symptôme péritonéal.* (Bull. Soc. chirurgie de Paris, 21 juin 1922).

DOUAY et ROCHAT. — *Sur le diagnostic de la grossesse tubaire grossesse ampullaire.* (Gyn. et Obst., n° 3, 1923).

DOUGLAS. — *Rupture d'une grossesse ectopique de la corne utérine consécutive à la rupture de la grossesse tubaire* (Journal Améric. Méd. Association, n° 9, 1920).

DOUGLAS. — *Importance du diagnostic précoce dans la gestation ectopique.* (Méd. Journal and Rec., 19 nov. 1924).

DUPONCHEL. — *Grossesse extra-utérine gémellaire rompue avec grossesse utérine* (Soc. Anat. janvier 1923).

DURAND. — *Intervention dans les grossesses extra-utérines rompues.* Lyon chirurgical, 1921, p. 677.

FESQ. — *Grossesse extra-utérine et appendicite.* (Thèse de Paris, 1911-1912).

FISCHER. — *Une rare découverte en cas de gestation tubaire.* (Zentralbl. für gyn., sept. 1924, p. 4106).

FOURNIER. — *Grossesse extra-utérine. Hématosalpinx, Laparotomie, guérison* (Bullet. de la Soc. d'Obst. et Gynécol., Paris 1925, n° 2, p. 165).

- GASBARRINI. — *Riforma medica*, n° 4, janvier 1910.
- GEYL. — *Ass. obst. de la Haye*. (Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynec., avril 1894, p. 181).
- GOSSWILLER. — *De la laparatomie immédiate ou retardée dans le traitement des hémorragies de la grossesse tubaire* (Thèse de Lyon, 1910-1911).
- GRESSET et THOUVENIN. — *Rupture de grossesse interstitielle*. (Soc. Anat., 19 mars 1921).
- GUILLEMIN. — *A propos de la douleur élevée dans une grossesse extra-ut.* — *Grossesse interstitielle rompue. Transfusion, Guérison*. (Bullet. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 1924).
- HARTMANN et BERGERET. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, n° 6, avril 1919).
- HORNUNG. — *Hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne*. (Münch. Mediz. Wochenschrift, n° 19, 19 mai 1923).
- JAYLE. — *L'hématocèle rétro-utérine par rupture de petit kyste hématique de l'ovaire* (Revue de gynec., 1909, p. 185).
- JAYLE et HALPÉRINE. — *Grossesse tubaire*. Presse Médicale n° 4. Janvier 1922.
- JEANNIN. — *L'avortement tubaire*. Journal des Praticiens, n° 11, 17 oct. 1925.
- JEANNE. — *Grossesse extra-utérine de 3 mois, arrêtée dans son développement sans signes cliniques*. (Soc. de Méd. Rouen, 11 février 1924).
- JONESCO. — *Considérations sur le signe de Laffont dans la grossesse extra-utérine rompue*. (Rev. Obst. gyn. puéricult., Bucarest., déc. 1924).
- KELLER. — Thèse de Paris, 1872.
- LAFFONT. — *La douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine. Un nouveau signe de rupture tubaire*. (Presse Médicale, n° 16, février 1924).
- LAPOINTE. — *L'interruption de la grossesse tubaire, son mécanisme et ses conséquences*. (Sciences Médicales 15 juin 1924).

- LAPOINTE. — *Les formes cliniques de l'hémopéritoine par interruption de grossesse tubaire* (Sciences Médicales, 31 oct. 1924).
- LAUNAY et SÉGUINOT. — *Sur les grossesses tubaires bilatérales simultanées* (Rev. de chir., 1911, p. 401).
- LAWSON LAIT. — *Lectures on ectopic pregnancy and pelvic hematocele*, 1888.
- LE DENTU. — *Gaz Méd. de Paris*, 7 mars 1891.
- LEFILLIATRE. — *Appendicite et grossesse extra utérine*. (Journal de Médecine de Paris, 1925, p. 140).
- LEGUEU. — *Diagnostic entre la grossesse extra utérine rompue et l'appendicite*. (Bull. et Mem. de la Société de Chir. du 8 oct. 1902).
- LEJARS. — *Gazette des Hôpitaux*, 16 janvier 1902.
- LEJARS. — *Les fausses couches tubaires* (Semaine Médicale, 23 nov., 1904).
- LEJARS. — *Semaine médicale* (13 juillet 1910, n° 28).
- LEJARS. — *Académie de Médecine*, 18 mars 1924.
- LENORMANT et G. HARTMANN-KEPPEL. — *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire*. (Revue de gynec. et de chirur. abdominale, T. XXIII, p. 173, 1915).
- LENORMANT et G. HARTMANN-KEPPEL. — *Nouvelle contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire* (Gynec. et Obstétrique, tome VII, 1923, n° 4).
- LILLIAN et FARRAR. — *Analyse de 309 cas de grossesse ectopique*. *Analyse*, Presse Médicale, 1919, p. 539.
- LUTAUD. — *Appendicite et grossesse tubaire* (Soc. des chirurgiens de Paris, 5 juin 1925).
- MANGÉ. — *Un cas d'hématocèle non gravidique*. (Bulletins de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, p. 114 1924).
- MATHIEU et GUIBAL. — *A propos de la douleur tardive élevée dans la rupture de grossesse tubaire* (Soc. d'obst. et gynec. 1924, p. 661).
- MÉTIVET. — *Les ventres aigus chirurgicaux*. (Semaine des Hôpitaux de Paris, 18 juin 1926).

- METZGER. — *Lecons du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 1924.
- MICHON et LABRY. — *A propos de la grossesse angulaire*. (Lyon Médical, 9 mai 1926, n° 19).
- MIRTO. — *Caractère peu commun du poulx dans quelques cas d'inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire*. (Annali di Obstetrica et gynecologia, Milano, 30 nov. 1913).
- MOLIN. — *De l'intervention dans les grossesses extra-utérines*. (Lyon chirurgical, p. 554, 1921).
- MOURE et BUQUET. — *Fibrome utérin et rupture tubaire* (Société Anatomique, n° 6, février 1920).
- MURARD. — *Intervention dans l'inondation péritonéale de la grossesse tubaire*. Lyon chir., 1921, p. 386.
- MURET. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1923, tome VII, n° 2, page 122.
- NEVEUX. — *Les hématomes circonscrits intra-péritonéaux d'origine gravido-tubaire*. (Thèse de Paris 1919, 20).
- OETTINGEN. — *Etiologie et traitement de la grossesse extra-utérine* (Zentralblätt für Gynak., n° 11, 1922).
- PAGE et FERREY. — *Rupture de grossesse tubaire, évolution à terme de grossesse normale* (Bull. et Mem. de la Soc. de Chirurgie, 1^{er} juillet 1925).
- PATEL. — *Grossesse itérative extra-utérine*. Lyon chirurgical 1922, page 705.
- PATEL, BONNET, BÉRARD. — *Inondation péritonéale par avortement tubo-abdominal*. (Soc. de Chir. Lyon, 8 nov. 1923).
- PELLET. — *De la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine*. (Thèse de Lyon 1908-1909).
- PETIT-DUTAILLIS. — *Un nouveau facteur de grossesse ectopique*. (Journ. des Praticiens, n° 23, 4 juin 1921).
- POTIER et L. BAZY. — *Grossesse tubaire rompue doublant une grossesse utérine* (Soc. Anat. 1^{er} mars 1912).
- PROUST. — 1° *De l'intervention opératoire dans les grossesses tubaires*. (Gaz. des Hop., n° 6, janvier 1914).
2° *Le signe de Douglas dans les ruptures de grossesse tubaire* (Paris médical, n° 32, 7 août 1920).

RAMADIER. — *Grossesse tubaire droite rompue; Hématosalpinx du côté opposé* (Soc. Anat. n° 9, 1921).

ROCHET ET LABRY. — *Forme anormale épigastrique de rupture tubaire* (Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon, 12 mars 1924).

ROUTIER, TUFFIER, HARTMANN. — *Bulletins de la Soc. de Chir.*, 1899, p. 855.

ROUTIER. — *De l'hématocèle utérine et de son traitement* (La Gynécologie 1900, n° 2).

De ROUVILLE ET COLL DE CARRERA. — *Grossesse tubaire avec apoplexie ovulaire*. (Soc. obst. et Gyn., 1924, p. 373).

De ROUVILLE ET MADON. — *Avortement tubaire, hémorragies à répétition, laparotomie, guérison*. (Soc. Obst. et Gyn. 1924, p. 373).

SAUVÉ. — *Contribution à l'étude des grossesses tubaires bilatérales, successives et simultanées* (Thèse de Paris, 1905-1906).

SAVARIAUD ET JACOB. — *Trompe avec kyste fœtal. Inondation péritonéale*. (Soc. Anat. 24 janvier 1920).

SCHNEIDER. — *Données sûres de la gestation ectopique primitive*. (Monatschrift für gebürtshilfe ind Gynäkologie, janvier 1925).

SCHWARTZ, LUBIN, AMELINE. — *Perforation du rectum par placenta ectopique*. (Paris Med., 21 juin 1924).

SCHWARTZ. — *Formes rares de grossesses extra-utérines*. (Paris Méd. 27 mars 1926).

SEGOND ET ROUTIER. — *Annales de gyn. et d'obst.*, 1901, p. 113

SÉJOURNET. — *Appendicite et grossesse tubaire* (Bulletins et Mémoires de la Soc. des chirurgiens de Paris, 3 juillet 1925).

SIGWART. — *Récidive du même côté de la grossesse extra-utérine* (Zentralblätt für Gynakologie, 1922, n° 18).

SIREDEY. — *Le diagnostic de la grossesse ectopique*. (Journal de Med. et de Chir. pratique, sept. 1924).

SMITH-SURGERY. — *Gynecology and Obstetrics*, tome XVIII, n° 6, juin 1914.

SORREL. — *Grossesse abdominale de 4 mois et demi. Colpo-*

- tomie. *Extirpation du placenta. Guérison.* (Soc. Anat., 12 mai 1923).
- SOULIGOUX et LAQUIÈRE. — *Un cas de grossesse tubaire rompue ayant simulé un étranglement.* (Soc. Anat., décembre 1922).
- SPROAT Henry. — *Analyse des signes et des sympt. de la grossesse ectopique jeune.* (The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children, n° 1, juillet 1919).
- STEFANI. — *A propos de la grossesse tubaire. De la localisation anté-utérine du produit d'avortement.* (Thèse de Montpellier, 1923-1924)
- TAITZ Rachel. — *Hémorragies intra-péritonéales par rupture des follicules de Graaf normaux ou pathologiques.* (Thèse de Paris 1913-1914).
- TÉMOIN. — XVI^e Congrès de l'Association française de chirurgie, 19 oct. 1923. *Appendicite et grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale.*
- TOPLER. — *Réinjection de sang accumulé dans la cavité péritonéale dans un cas de rupture de gross. extra-utérine.* (Deutsche Medizinische Wochenschrift, n° 3, 1922).
- VANVERTS. — 1° *Intervention précoce ou retardée dans l'inondation péritonéale, compliquant la grossesse tubaire.* (Revue franç. de Gyn. et d'Obst., n° 6, juin 1921).
2° *Le signe de Douglas dans la rupture de la grossesse extra-utérine et dans l'avortement tubo-abdominal* (Gaz. des praticiens, 15 mars 1922).
- VAUDESCAL. — *Contribution à l'étude de la grossesse interstitielle* (Thèse de Paris 1918).
- VIEGAND. — *Statistique de grossesses extra utérines.* (Journal de Chirurgie 1921, p. 400).
- VILLETTE — *De l'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire.* (Thèse de Paris, 1910).
- WARIN. — Thèse de Paris, 1899. *Grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo-utérine avant le 5^e mois.*